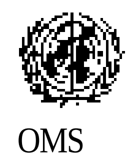
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail-Patrie

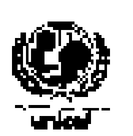


La mise en oeuvre de
la Réorientation des Soins de Santé Primaires au Cameroun



OMS





Octobre 1997

Remerciemelts

Nous remercions Lous ceux qui ont conLribué de près ou de loin à l'élaboration de cette étude; soit par leur disponibi1ité, SoiL par les informations et les documents qu'ils unt bien voulu nous communiquer. Ils se reconnaîtront certainement dans ces pages.

LISTE DES ABREVIATIONS

AG	Assemblée Générale
CAPP	Centre d'Approvisionnement Pharmaceutique Provinciale
CENAME	Centrale Nationale des Médicaments Essentiels
ClAME	Centre Intérimaire d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
CFA	Franc CFA
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIM	Centre d'Instruction de Maroua
CMA	Centre Médical d'Arrondissement
CPN	Consultation Prénatale
CPS	Consultation Préscolaire
COGE-HD	Comité de Gestion de l'hôpital de District
COGEDI	Comité de Gestion DE District
COGEPRO	Comité de Gestion Provinciale
COSA	Comité de Santé de l'Aire de Santé
COSADI	Comité du District de Santé
CSI	Centre de Santé Intégré
DASP	Zone de Démonstration d'Actions en Santé Publique
FAC	Fonds d'Aide et de Coopération
FMI	Fonds Monétaire International
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
FSPS	Fonds Spécial Provincial pour la Santé
FSPS/A	Fonds Spécial Provincial pour la Santé/Adamaoua
GTZ	Gesellschaft Technichche Zusammenarbeit (Office de Coopération Technique Allemande)
NHMIS	National Health Management Information system
NWSFH	North West Special Fund for Health
MSP	Ministère de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
ONAPHARM	Office National Pharmaceutique
OUA	Organisation de l'Unité Africaine
EPV	Programme Elargi de Vaccination
REOSSP	Réorientation des Soins de Santé Primaires
SESA	Santé de l'Enfant du Sud et de l'Adamaoua
SSP	Soins de Santé Primaires
UE	Union Européenne
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	United States Agency dor International Development

TABLE DE MATIERES

EXECUTIVE SUMMARY

This country case-study on the implementation of the policy reorganising Primary Health Care (pHC) in Cameroon was carried out from June 10 to September 30 1996. The main objectives of the study are to review the process of policy implementation and ascertain its contribution to health service revitalization; document achievements to date and synthesize lessons learned in order to provide a framework to go to scale.

The methodology consisted of carrying out a desktop review of literature and documents relevant to the health sector reform in Cameroon, followed by visits to selected sites for in-depth interviews and focus group discussions with health care personnel and beneficiaries at various levels. Sorne key resource persons (health policy makers and health project directors) were also interviewed at the national level.

Economic dépression in the 1980s resulting in a deterioration of the health system precipitated the reform process in Cameroon. Implementation of recommendations from the Alma-Ata Declaration on PHC in Cameroon from 1982 as a vertical programme using mainly community healthworkers and traditional birth attendants was evaluated in 1988. The system was found to he unsatisfactory as a means of achieving the social goal of "Health for all by the year 2000"

The current reform was initiated in 1989 and inspired by the resolutions of various regional conferences promoted by the World Health Organization, which had adopted the decentralized health district system based on PHC. Cameroon's reform goal was to render PHC accessible to the population through a decentralised process of management at the health district Ievel and by considering the health centre as the first level of contact with the health system. A PHC minimum package of activities would be integrated at health centre level, while community empowerment would be ensured through co-financing (user charges) and co-management.

The district hospital would serve as the reference hospital for the network of integrated health centres that serve wel1-defined populations in geographically delineated areas? The district health services would draw up local health action plans, monitor their execution and supervise ail heaith areas. The provincial level would give technical support to district and supervise district management teams while the central level would he responsible for national health policy formulation and strategie support to the health system.

The implementation of this far-reaching reform is a graduai process, especially taking into consideration the diverse bilateral and multilateral organizations intervening in the health sector. Achievements to date include administrative reorganization of the health system, the Ministry of Health was reorganized in 1989 and 1995 to adapt structure to reform requirements. Two new directorates (Community Health and Human Resources) were created at central level while the number of levels of heaith service organization was reduced. Health districts and their corresponding heaith centre areas have been carved out of existing administrative units. Problems were encountered here due to lack of weIl defined criteria for the delineation exercise. Provincial semi-autonomous health funds have been created to manage the decentralized district. Concerning the technical reorganization of the system, a common understanding by various health care promoters operating in the country has been reached about the typical integrated heaith centre, the minimum package of PHC activities and broad procedures for their operationalisation, the referral district hospital and district health service.

These major changes could not have been achieved without the forging of an appropriate legal framework to support the process. Prominent among which are laws enacted on the freedom of association (1990) which facilitated the creation of Provincial Health Funds, administrative ordinances creating health districts, dialogue structures as well as the laws authorizing essential drug sales in.public health units and the retention of 50% of revenue by hospitals for local use.

A new national health management information system to support the system has been drawn up and is being put in place. In 1996, about 50% of the national territory is considered covered in PHC. It was however openly admitted by health officials that effective coverage is mainly limited to populations living near health units. Quality of care still much improvement. Cost-recovery through essential drug sales and user charges have been implemented in varying degrees by the different intervention partners.

The most noticeable achievement of the reform has been in the area of drug procurement. Decentralized provincial revolving drug funds have been set up and are supplying cost-effective generic essential drugs to health units participating in thereform. Profits aré used to revitalize the health system. A recent control measure requiring,drug funds to obtain prior authorization from the Ministry ofhealth for all drug orders from abroad is widely interpreted as a measure of centralization by provincial health authorities who complain about administrative delays in processing documents.

Partnerships with communities have been promoted through cofinancing and co-management. It was however observed that many community representatives do not adequately understand their roles in this partnership. Negotiations for a'common approach between the 'public and private missionary health sectors have come to a standstill at nationallevel, but local experiences of collaboration between the two sectors is pursued in various areas. The national policy explicitly calls for the protection and promotion of the health of vulnerable and underprivileged groups, but only few concrete measures have been so far proposed for implementation. At the moment, the general tendency is in favour of family solidarity to take care of paupers.

Globally it can be said that the reorientation of PHC in Cameroon is the new national health policy whose achievements include the creation of health districts, the development of health centres to provide a global, continuous and integrated primary health care package through the establishment of revolving drug funds, the introduction of user charges, the retention at source ofpart of revenue generated by health units and the training ofhealth personnel and community re.vresentatives to co-manage the system.

The implementation phase so far suffers from the absence of a national plan of action to harmoniously operationalise the reform. There is a dire need for effective central level coordination to harmonise the experiences of the various intervention partners for the refonn process to go to scale.

INTRODUCTION

Cadre de Référence

«Un système de soins de santé primaires autonome et décentralisé pour toute l'Afrique d'ici l'an deux mille où les enfants seraient vaccinés, les parents nantis des connaissances nécessaires pour protéger la santé de leurs enfants et où les médicaments essentiels seraient, disponibles pour tous». C'est la vision de l'Initiative de Bamako définie par le Directeur Général de l'UNICEF en 1987.

Depuis quelques années et pour se rapprocher de cet idéal, beaucoup de pays africains se sont engagés dans la réforme de leur système de santé. Les changements qu'impliquent cette réforme s'opère sur la base des principes dits de l'Initiative de Bamako avec plus ou moins de bonheur et plus ou moins de rapidité selon les moyens et méthodes utilisées et les Etats.

Entamée au Cameroun depuis plus de 15 ans, la réforme du système de santé a connu après la conférence de Alma-Ata en 1978 et surtout après les réunions et conférences régionales de l'OMS à Lusaka 1985, inter-régionale à Hararé et à Bamako 1987, une orientation et une accélération ferme et élargie. Elle s'est nourrie de toutes les résolutions de ces assemblées et de sa propre expérience.

Elle en est aujourd'hui non plus aux tâtonnements quant aux objectifs et aux stratégies à suivre mais à la mise en œuvre déterminée du Gouvernement ainsi que des bailleurs de fonds en coopération bilatérale ou multilatérale. Il s'agit donc pour le Cameroun d'un processus continu très proche des principes de l'Initiative dite de Bamako. C'est peut-être pour cela que l'appellation n'en est pas la même au Cameroun ou l'on parle plutôt de «Réorientation des Soins de Santé Primaires» (REOSSP).

Ainsi, le Cameroun a élaboré et rendu publique sa stratégie en matière de politique sanitaire à travers la «Déclaration Nationale de la Politique de Soins de Santé Primaires» en 1993. Une série de réformes juridiques et administratives permettant d'appliquer le réforme a suivi cette déclaration que tout le monde attendait pour orienter ses initiatives. Cette réforme ainsi réorientée sur la base du concept et des principes de l'Initiative de Bamako s'est poursuivi pendant un certain nombre d'années avec le concours de nombreux intervenants dont l'UNICEF. Chacun d'eux ayant selon son inspiration et ses moyens contribué à sa manière et en collaboration étroite avec le Gouvernement à la mise en place du nouveau système de santé dans la zone d'action qui lui était dévolue.

C'est sur la base de cette répartition spatiale que le Comité de pilotage a élaboré les termes de références des consultants afin de les amener à couvrir l'ensemble des expériences significatives de la REOSSP au Cameroun. Ces expériences sont fort nombreuses et étendues sur le plan spatial et sur le plan temporel, géographique et sociologique. Loin de créer cacophonie, discordance et confusion, elles doivent enrichir la démarche de la réforme. Elles doivent la féconder pour un mûrissement harmonieux et rapide.

Avant le quinquennat de la déclaration, il était opportun de faire le point sur le chemin parcouru:ce qui a été fait, ce qui se fait, les opportunités, les contraintes, les succès, les erreurs, les échecs et surtout ce qui peut être envisagé comme corrections. C'est pourquoi cette étude a

été réalisée par des spécialistes pas directement impliqués dans la mise en place de la réforme mais dont les spécialités sont fortement concernées. Ils ont été choisis pour leur connaissance et expérience du terrain, pour nous donner le reflet de l'image de ce que c'est aujourd'hui que la réforme du système de santé au Cameroun et ce que pourrait être le système réformé. Tous ceux qui interviennent dans ce domaine devraient pouvoir s'inspirer et trouver dans cette étude et smtout des suites de celle-ci, une véritable mine de données et d'inspiration. Pour ne pas avoir à «réinventer la roue», ce point d'arrêt et de réflexion a été indispensable.

Objectifs de l'étude

La présente étude a pour objectif l'examen du processus de mise en œuvre de la politique de réorientation des soins de santé primaires au Cameroun, couvrant la période 1989 au 1996, en mettant l'accent sur :

- La réorganisation administrative, structurelle et technique du système de santé en particulier: le développement du système national d'information sanitaire, la réorganisation du système d'approvisionnement en médicaments etc...)

- Le cadre juridique appuyant la réforme

- La promotion des partenariats avec les communautés à travers le cofinancement et la cogestion, en insistant sur le degré d'acceptabilité et d'adhésion des populations bénéficiaires

- Le problème de l'équité et de l'accessibilité aux soins de santé.

A la lumière des objectifs ci-dessus et en fonction de la personnalité de chaque site, l'accent a été mis sur les aspects spécifiques ci-après en ce qui concerne:

- le Nord-Ouest ; la participation communautaire, le recouvrement des coûts, l'approvisionnement en médicaments essentiels, le Fonds Spécial pour la Santé et la Gestion au niveau intermédiaire;

  la Province de l'Adamaoua : le système national d'informations sanitaires (NHMIS), le Fonds Spécial Provincial de la Santé (FSPS) ;

  la Province du Nord; l'action d'assistance d'un bailleur de fonds en l'occurrence la Coopération Française (FAC) ;

  la Province du Centre le paquet minimum d'activités sanitaires et la gestion du premier échelon (district de santé d'übala ainsi que le développement d'un district de santé dans la zone de Mfou, appuyé par le projet Jura-Suisse, Cameroun;

  la Province du Sud, l'accent a été sur l'intégration de la lutte contre l'onchocercose dans les soins de santé primaires;

  la ville de Yaoundé; il s'est agit d'analyser les expériences indépendantes des

soins de santé primaires menées par les œuvres confessionnelles protestantes (direction des œuvres sociales et EPC-Djoungolo) et catholiques (services catholique de santé et dispensaire catholique de la compassion de Mimboman). Enfin dans la périphérique de Yaoundé, l'observation du Centre Communal d'Odza, choisi de façon orientée.

Méthodologie

Pour mener ce travail nous nous sommes appuyés sur une méthodologie à deux volets:

- Recherche et analyse documentaire
- Enquête de terrain

Aspect documentaire

Le choix de la documentation exploitée dans le cadre de cette étude s'est fait à deux niveaux. Un premier choix a été effectué par les intervenants qui ont présenté, à la suite, à la demande des consultants, une documentation sélectionnée par eux-mêmes : ce qui ne nous permet pas de garantir ni l'exhaustivité ni la pertinence de tous les documents reçus? Un deuxième choix a été fait par l'équipe des consultants à partir des documents mis à leur disposition par les intervenants. La sélection ici s'est faite suivant le critère de la pertinence desdits documents. Par ailleurs, d'autres sources ont été sollicitées en dehors de celles des intervenants (mémoires, revues scientifiques, ouvrages divers).

Enquête de terrain

L'aspect documentaire a été complété et prolongé par une enquête de terrain menée sur les sites indiqués dans les termes de référence à savoir:

- la Province du Nord-Ouest appuyé par la GTZ ;
- la Province de l'Adamaoua précédemment appuyée par l'USAID et après par l'UNICEF;
- la Province du Nord qui bénéficie de l'assistance de la Coopération Française (FAC) ;
- le District de Santé d'Obala dans la Province du Centre (appui de l'UNICEF) ;
- le District de Santé de Mfou toujours dans le Centre (appui du projet Jura-Suisse - Cameroun);
- le District de Santé de Sangmelima, Province du Sud;
- la ville de Yaoundé et ses environs.

Dans chacun des sites ci-dessus, nous avons recouru à trois techniques de collecte des données à savoir :

L'0 bservation directe

Pour ce qui est de la réalisation des infrastructures, il s'agit: des hôpitaux, centres de santé, travaux d'aménagement, puits d'eau, latrines etc... S'agissant de certaines activités médico-sanitaires on peut citer : les séances de consultations prénatales et infantiles; consultations curatives, les services d'accueil, les activités de pharmacie.

Enfin nous avons consulté certains documents entre autres, des outils de gestion, des rapports d'activités, des rapports de supervision, des comptes-rendus des réunions des comités de santé à divers niveaux, des statistiques diverses, des graphiques de monitoring affichés dans les formations sanitaires, des listes de tarification etc.... .

Interviews

Sur toute ces activités, des entretiens qualificatifs en profondeur ont été menés avec certains acteurs suivant le protocole annexé dans ce travail. Ces acteurs interviewés étaient principalement:

Au niveau national:

Des responsables au Ministère de la Santé, plus, quelques personnes ressources ayant contribué à la mise en place des soins de santé primaires au Cameroun.

Au niveau provincial ou intermédiaire:

L'équipe de santé à la délégation provinciale et les responsables des usagers.

Au niveau périphérique:

L'équipe-cadr.e du district de santé, plus, les usagers des formations sanitaires, les personnels des centres de santé ainsi que les représentants de la communauté.

Discussions de groupes

Quelques discussions de groupe ont été menées quand cela a été possible. Les contraintes de temps et d'organisation n'ont pas permis d'en multiplier le nombre dans chacun des sites. Les résultats de cette double-enquête aussi bien documentaire que de terrain sont exposés dans la présente étude.

Mené du 10 Juin au 30 Septembre 1996, la conduite de cette étude n'a pas été sans difficulté, notamment en ce qui concerne l'obtention des documents (phase documentaire), et la disponibilité des interlocuteurs sollicités pour les interviews et les discussions de groupes (phase du travail de terrain. S'agissant des documents, nous n'avons pas pu les obtenir tous en raison non seulement de leur mauvaise tenue et classification mais aussi à cause du caractère confidentiel de certains, notamment ceux à caractère financier.

Pour ce qui est de la disponibilité des personnes à rencontrer sur le terrain, elle s'est· heurtée à la contrainte du temps et aux difficultés à joindre les intéressés et à les prévenir à temps de notre séjour sur les différents sites.

Malgré ces diverses contraintes, cette étude se veut une présentation aussi fidèle que possible des résultats auxquels a abouti une observation de la mise en œuvre de la REOSSP au Cameroun.

Présentation du rapport

Construit sur la base de la revue documentaire, le premier chapitre se veut purement une présentation contextuelle et narrative donnant des détails sur l'évolution historique de la mise en œuvre de la REOSSP au Cameroun. Le deuxième chapitre énonce la réforme elle-même, le troisième chapitre décrit les stratégies et processus de mise en œuvre selon les diverses expériences. Cette partie est complétée par le chapitre quatre où les leçonsquLdécoulent des dites expériences sont mises en exergue. Et en fin une conclusion qui 'est un ensemble de recommandations appelant une généralisation des expériences positives pour aller à l'échelle nationale.

CHAPITRE 1

CONTEXTE NATIONAL

I. MOBILES DE LA REFORME DU SYSTEME SANITAIRE AU CAMEROUN

Dès son accession à l'indépendance en 1960, le Cameroun s'est attelé à la tâche de construction nationale à travers des politiques de développement multi-sectorielles. Ces politiques étaient conçues dans le cadre de plans quinquennaux de développement qui manquaient de cohérence intra et intersectorielle. C'est ainsi que le secteur de la santé a subi les effets négatifs de cette approche. Cette approche s'est traduite par la création d'hôpitaux dans les agglomérations en faveur d'une minorité de la population au détriment des masses rurales majoritaires. Il s'agissait donc d'un système inégalitaire qu'on retrouvait du reste dans les autres pays en voie de développement.

Devant cette situation, la Communauté internationale notamment l'OMS et l'UNICEF s'est mobilisée pour promouvoir la santé pour tous avec des succès divers selon les pays.

Echec de la mise en œuvre des orientations d'Alma-Ata au Cameroun

Avant Alma-Ata, le système était centré sur la promotion des soins axés sur les grands hôpitaux généralement situés dans les métropoles et produisant des soins et services de santé dépendant d'une technologie chère et sophistiquée, accessible à une minorité[1] 23

Les réformes des système sanitaires préconisées a Alma-Ata en 1978 et adoptées par le Cameroun en 1982, visaient à promouvoir des soins de santé primaires accessibles à la majorité de la population, avec l'entière participation de celle-ci. Ces soins de santé primaires devraient fonctionner comme partie intégrante du système nationale de santé. Or, tel qu'appliquées au Cameroun, les réformes de Alma-Ata se sont révélées inefficaces pour diverses raisons. Les soins de santé primaires sont plutôt été conçus comme un programme vertical et indépendant du système de santé qui n'a pas été restructuré pour intégrer les soins de santé primaires, laissés en marge.

Ensuite, la mise en œuvre des orientations d'Alma-Ata s'est fondée sur l'utilisation des Agents de santé cominunautaire, sans grande formation, et qui plus est, techniquement inapte à s'occuper des problèmes de santé des populations[3] . Par ailleurs, cette approche n'a pas suffisamment développé des mécanismes de participation communautaire (notamment l'implication de la communauté dans le processus de prise de décision et de la gestion). Pourtant, cette approche des SSP devrait mettre la population au centre de la réorganisation du système sanitaire du pays. L'Etat n'était plus à même d'appuyer efficacement les agents de santé communautaires. La supervision était presqu'inexistante et les agents ne bénéficiaient pas d'une formation continue. Le système s'éloignait ainsi de l'objectif initial qui sous-tendait la Déclaration d'Alma-Ata.

---

1 *Voir B. Dujardin : flles politiques de District de santé", santé publique* 1994. *6ème année. n°* 4 *pp* 339-355

2 *Voir Wankah Christian.' "1mplementating the District health system in Cameroon" : the role ofthe medicalfaculty. Public health specia/ization dissertation nO/9/93 international public health school. Brazzaville 1993. polycopie.*

La crise économique et ses conséquences

Après l'échec constaté des orientations d'Alma-Ata, la crise économique est venue perturber les grands équilibres macro-économiques du pays. En proie à une récession économique et financière sévère, le gouvernement de la République n'était plus à même de fmancer nonnalement le fonctionnement de son système de santé. Le budget national a chuté de 800 milliards pour l'année *1987/88* à 572 milliards, pour l'année fiscale *1991/92.* En même temps, le pourcentage du budget alloué à la santé a chuté de 5.2% en 1989 à 4.4% en 1991 tandis que la dépense de la santé par habitant baissait de 3971 CFA en 1985 à 2060 CFA en 1992 [4]. Par ailleurs, le Gouvernement a dû supprimer les subventions naguère allouées aux formations sanitaires privées.

La situation politique et ses conséquences

Le développement hannonieux des activités sanitaires ne dépend pas seulement de l'environnement économique mais aussi du climat politique. On peut donc penser que sous le règne du partie unique, ce climat a pu favoriser le déploiement des activités sanitaires en dépit des problèmes de gestion persistants. L'avènement du multipartisme n'a pas réglé ces problèmes de gestion mais a plutôt provoqué des turbulences politiques défavorables au développement du système de santé.

En effet, depuis 1990, le climat socio-politique caractérisé par nombreuses turbulences dues au processus de démocratisation en cours dans le pays et qui se traduisent de temps à autre. par des «opérations villes mortes[S]» grèves des fonctionnaires etc.... n'est pas propice au développement des SSP. La politisation excessive de nombreux domaines de la vie nationale, n'épargne pas le secteur de la santé. C'est ainsi qu'il y a quelques années, une campagne de vaccination antitétanique a connu bien des difficultés créées et entretenues par certains groupes de pressions politiques, qui l'ont présentée comme étant une campagne de stérilisation des jeunes filles.

Les indicateurs de santé

Au Cameroun, la période entre 1981 et 1987 enregistre des changements favorables de certains indicateurs de santé [6]. L'espérance de vie est passée de 50 ans en 1981 à 51 ans en 1987. Le taux de mortalité infantile connaît une régression de 110 à 94 naissances pour 1000 (alors qu'il est inférieur à 20 pour 1000 dans les pays industrialisés). Dans les pays en développement, environ 1 femme sur 500 meurt des suites de grossesses ou d'accouchement, pour une sur 27.000 dans les pays du Nord.

---

4 *Voir Wanlcah Christian: Op. Cil*

S *Les "Vil/es Mortes" sont caractérisées par un arrêt des activités dans tous les domaines de la vie nationale - c'est un mouvement de désobéissance civile*

6 *Owona Essomba René et Col OP. Cit*

Malgré l'intensification des activités des SSP, les indicateurs sanitaires ne montrent pas une amélioration constante.[7], En 1988[8], un rapport du Ministère de la Santé propose un modèle pour modifier et revitaliser le programme des soins de santé primaires. Ce rapport présente le modèle des soins de santé primaires introduit en 1982 comme un ensemble verticaux, chacun s'exécutant parallèlement à l'autre et conclut que la pérennisation de ce modèle n'est pas assurée.

Pris globalement les indicateurs de santé demeurent en mauvais. Tous ces facteurs rendent nécessaire une révision de la politique sanitaire au Cameroun. Cette nouvelle politique est la «Réorientation des Soins de Santé Primaires» (REOSSP).

II. BREF HISTORIQUE ET POLITIQUE DE SANTE AVANT LE REOSSP

En Afrique, les problèmes de mise en œuvre d'une politique sanitaire ne peuvent se comprendre qu'à la lumière de l'histoire récente du continent dont nous retiendrons deux périodes marquantes: celle de la colonisation et celle des indépendances.

1. La période coloniale ou le développement de l'hôpital **urbain**

La première caractéristique de l'action sanitaire durant la colonisation est le développement de l'hôpital urbain qualifié de «moment le plus prestigieux de l'offre de service colonial)) par F. David Clyde. Les lits d'hôpitaux connaissent une évolution dans toute l'Afrique. L'Etat colonial, les sociétés privées, les missions, fondent des hôpitaux dans les agglomérations, autour des campements militaires, des plantations ou des centres d'exploitation minière.

Au Cameroun; le système sanitaire s'articulait sur la mise en place d'hôpitaux dans les grandes villes et la lutte contre certaines pathologies malaria, pian etc... qui décimaient la main d'œuvre locale et freinaient la réalisation des grands travaux: routes, voies ferrées, plantations industrielles. Le tout était orienté vers les intérêts du colonisateur et non des populations indigènes. Ces systèmes reposaient selon Dujardin sur «l'hôpitalo-centrisme»[9] et les programmes verticaux. Les missionnaires, le leur côté, ont construit de grands hôpitaux dans les zones rurales. Les soins de santé étaient alors plus ou moins gratuits et parfois à crédit.

2. La période des indépendances et après

La coupure de cordon ombilical avec l'ancienne puissance coloniale a mis le pays nouvellement indépendant au défi de suppléer, matériellement, financièrement et conceptuellement; le vide laissé par le départ des cadres coloniaux[10]. Le premier souci des gouvernants est de maintenir la qualité des soins. On a besoin d'un personnel qualifié dont le

---

7 *Réné Owona Essomba et Col. Op. Cil*

8 *Voir: structures de base des SSP* ail *Cameroun à la dale du 30 Juin* 1988. *MSP 1988*

9 *B. Dujardin, Op. Cil*

10 *017: santé en Afrique. Perspectives et stratégie de coopération. Eschborn 1988*

f pays ne dispose pas. L'assistance technique supplée au manque de personnel qualifié. Elle va dans un premier temps se concentrer sur les hôpitaux urbains. La plus grande partie de son temps est consacré aux activités curatives.

Un vaste programme de formation est entrepris: il comprend la formation, à l'étranger, par un système de bourses d'études et de développement des universités à l'intérieur du pays. La formation est centrée sur la production e de médecins. La nécessité d'étendre la couverture sanitaire ainsi que les mesures d'hygiène et assainissement est vivement ressentie par la jeune administration camerounaise. Le nouveau pouvoir trace ainsi les contours de sa politique sanitaire (construction de dispensaires et centres de santé élémentaires en zone rurale et ùrbaine et promotion des équipes mobiles pour l'hygiène et l'assainissement dans les villages, traitement de pathologies courantes etc...)

Sous la conduite du Professeur Monekosso et de son équipe, le Centre Universitaire des Sciences de la Santé (CUSS) fut crée en 1969 pour former des équipes polyvalentes de personnels de santés avec une forte orientation en santé publique (médecins, infirmiers, techniciens paramédicaux etc...) Cette expérience a fasciné le monde ainsi que d'autres pays africains (Gabon, Tchad, Bénin) qui ont essayé de la reproduire dans ces pays respectifs en mettant l'accent sur la formation des médecins. C'est ainsi qu'un noyau de médecins bien formées en santé communautaire ont pu influencer l'évolution des services de santé au Cameroun.

Dans cette mouvance, lajeune élite au pouvoir continue à prôner et à assurer la gratuité des soins, essayant de tenir une vieille promesse du mouvement nationaliste.

2.1. Le développement des services de santé de base

L.es actions sanitaires entreprises en milieu rural se font sous forme de services mobiles par des agents itinérants, chargés des campagnes de lutte contre les endémies, l'hygiène et l'assainissement. Les postes fixes, qui deviendront des dispensaires ruraux, naîtront dans le sillage de ces actions itinérantes.

La politique de l'OMS[11]

Dans les années 60, l'OMS lance une vaste campagne d'éradication du paludisme. L'échec de cette entreprise verticale amène son promoteur à rectifier le tir et à prôner l'adoption du système de centre de santé capable de prendre en charge la lutte contre les grandes endémies : lèpre,.tuberculose etc... Ce modèle a pour caractéristiques principales:

la globalité des soins et services de santé,
l'intégration des services de santé,
la continuité des soins.

Les populations sont alors des acteurs passifs du système, la participation communautaire n'étant pas encore à l'ordre du jour.

11 C. *Wankah Op. Ci!*

Zone de démonstration des actions de santé publique WASP)12

Le développement et la consolidation des services de santé publique appellent la mise en place des.zones de Démonstration d'Actions en Santé Publique (DASP), nouveau cheval de bataille de la politique de l'OMS. Cette stratégie introduite au Cameroun depuis 1967, vise à introduire progressivement les activités de santé publique rationalisées et économiquement viables (acceptabilité, faisabilité et analyse des coûts). Elle s'est constituée autour de 6 zones représentant des régions géographiques différentes, à savoir :

Zone 1. Département du Nyong et Kellé, zone de forêt équatoriale avec pour caractéristique un climat humide;

Zone 2. Le Haut-Nkam, région des hauts-plateaux dominée par un climat tempéré et de transaction ;

Zone 3. L'Arrondissement de Guider dans le Nord, région de savane pure à climat sec;

Zone 4. Les départements de Momo, Mezam, et Bui, zone de hauts plateaux, à climat tropical, tempéré et de transaction. La particularité ici est qu'il s'agit d'une zone anglophone, différente des autres, car de culture sanitaire anglaise?

Deux autres zones, celle de Ngaoundéré (au Nord) et celle de la Kadéi (à l'Est) bien que créées, n'ont pas été opérationnelles.

La zone 4 et dans une certaine mesure la zone 2 ont été largement utilisées par le Centre Universitaire des Sciences' de la Santé (COSS) pour les stages de santé communautaire des étudiants. Sous la démonstration, «démonstration d'équipe de santé». Les étudiants en médecine, et ceux des autres disciplines paramédicales; ont fait des' stages ensemble sous la supervision des personnels du CUSS et celui du MSP.

Grâce à l'assistance du Gouvernement Canadien dans la zone d'ASP 4, les pharmacies villageoises (propharmacies) gérées par le personnel de santé local ont vu le jour et c'est le début du recouvrement des coûts dans les S8P, car les médicaments essentiels étaient vendus aux malades à un prix abordable et les revenus ont servi de fonds de roulement et de renouvellement des stocks. On peut donc dire que le Cameroun était en avance à ccl'Initiative de Bamako» en matière de distribution communautaire des médicaments et de recouvrement des coûts.

Trois conclusions essentielles découlent de cette pratique de zones de Démonstration qui ont influencé le développement futur de la politique sanitaire au Cameroun.

(i) les activités sanitaires à assise communautaire produisant des effets positifs et suscitent une forte demande sociale en matière de santé;

(ii) les communautés sont prêts à participer, et à un certain degré, au financement et à l'organisation de ,quelques activités sanitaires ;

12 *Programmenationa/.des SSP: MSP, Yaoundé 1979*

(iii) les communautés sont également disposées à orgamser, puis à créer des pharmacies villageoises.

Malgré tout, il reste que l'approche des services de santé de base a eu certaines limites

les équipes mobiles coûtent cher, sans résultat probant sur l'amélioration de l'état de santé des populations;

la verticalité du Programme sans coordination avec les autres activités sanitaires entreprises par le Ministère de la Santé et autre secteurs a conduit à l'abandon de cette approche au milieu des années 70 ;

en réalité, cette approche n'a jamais décollé de sa phase pilote et expérimentale.

3. Naissance des soins de Santé Primaires au Cameroun

Avant Alma-Ata, les concepts des SSP étaient déjà introduits au Cameroun à travers quelques petits projets notamment le projet des SSP de la zone 4 au Nord-Ouest, parrainé par le Gouvernement Canadien, le projet d'Acha Tugi, dirigé par un médecin presbytérien, le Docteur Gagel. Les responsables du MSP ont suivi de près l'évolution de ces projets et ont fourni leur politique et technique. Parmi ces responsables, il faut signaler le fin Docteur Abena, le Docteur Simon Atangana et le Docteur Temgoua.

L'organisation d'un séminaire national à Bamenda en 1977 par le MSP, en vue de développer un plan national des SSP, était la démarche la plus remarquable entreprise avant Alma-Ata, pour" introduire les SSP au Cameroun. Les Docteurs Gagel et Aurenchee y furent invités pour partager leurs expériences avec les participants. Un deuxième séminaire organisé plus tard à Yaoundé a recommandé le développement d'un plan national des SSP, tout en tenant compte des expériences antérieures du Cameroun dans ce domaine. Cette politique avait attiré plusieurs donateurs extérieurs qui ont par la suite financé des projets des SSP dans diverses régions du pays. Chaque intervenant mettant l'accent sur la composante des SSP de son choix. C'est ainsi que le pays a été balkanisé ne laissant le gouvernement jouer qu'un rôle presque marginal dans la mise en œuvre des SSP.

4. La Mise en Œuvre des Orientations de la Déclaration d'Alma-Ata

En 1982, le Cameroun inscrit sa politique dans le sillage des orientation de la Déclaration d'Alma-Ata de 1978, c'est-à-dire la promotion des soins de santé primaires. Ceux-ci sont définies comme des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assurer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante du système de santé national. A l'occasion de la conférence d'Alma-Ata, les Gouvernements participants, dans une déclaration solennelle, se sont fixés pour objectif social d'amener en l'an 2000, tous les peuples à un niveau de santé leur permettant de mener une vie socialement et économiquement

productive[13]. C'est l'objectif social connu sous le slogan «santé pour tous en l'an 2000". Les soins de santé primaires ainsi que décrits ci-dessus sont identifiés pour les participants à la conférence d'Alma-Ata comme le meilleur moyen d'atteindre cet objectif social.

4.1 la Mise en Œuvre des SSP au Cameroun

Cette mise en œuvre s'est faite depuis 1982 par une approche verticale. C'est-à-dire qu'au lieu d'intégrer les notions de soins de santé primaires au système de santé, on en a plutôt fait un programme à part, structuré autour des comités des SSP à tous les niveaux du système de santé national; provincial, départemental, arrondissement, village.

Au plan opérationnel, la mise en œuvre a consisté en la formation et en l'utilisation des agents de santé communautaires et de accoucheuses traditionnelles. Dans cette optique, des villages sont constitués «en villages de santé» et des cases de santé construites par les Communautés villageoises mises à la disposition des agents de santé communautaires et des accoucheuses traditionnelles. Le Ministère de la santé, appuyée par l'OMS et l'UNICEF, assure la formation de courte durée (de quelques jours à 2 semaines) de ces agents de santé et accoucheuses traditionnelles dont les fonctions consistaient à promouvoir l'éducation sanitaire dans les villages, la sensibilisation des villageois en soins de santé élémentaires et le traitement de quelques maladies bénignes (exemple: paludisme, vers intestinaux etc...), en s'inspirant des guides-thérapeutiques pratiques. S'agissant des accoucheuses traditionnelles, il leur a été donné des trousses élémentaires pour assurer l'accouchement dans des conditions d'hygiène minimales.

4.2 Les Résultats

Cette mise en œuvre des SSP a suscité une série de problèmes [14], à savoir:

Problème de continuité des soins:

Marqué par l'absence de mécanismes de référence et de contre-référence entre les postes de santé et les centres de santé. Ces agents de santé villageois se trouvaient ainsi marginalisés.

Intégration des soins:

Ces agents de santé s'intéressaient davantage aux activités curatives pour des raisons de prestige personnel, aux dépends des activités de promotion sanitaire qui étaient la raison d'être des SSP.

Abandon des agents de santé communautaires:

Le manque d'appui des agents communautaires par le système de santé officiel a fini par décrédibiliser leurs initiatives auprès des populations et décourager les agents à travailler sur le terrain.

---

13 *Généralités sur les SSP.... MSP, Yaoundé 1983*

14 *Réné Owona Essomba et Col, Op. Cil*

Inadéquation de la formation à la situation du terrain:

La fonnation de deux semaines était trop courte pour permettre aux agents d'acquérir les aptitudes nécessaires pour utiliser les outils mis à leur disposition.

Absence de plan de carrière:

Ces agents de santé communautaires croyaient à tort, faire carrière dans le système de santé officiel.

A la longue, il s'est avéré que les agents de santé n'étaient pas acceptés par la population parce que les soins de haute technologie qu'elle attendait n'étaient pas l'objectif du promoteur des soins de santé primaires. Devant cette situation, le système était devenu indéfendable. Une évaluation effectuée en Juin 1988 pour le MSP donne quelques chiffres inquiétants qui mettent en lumière certaines défaillances du système de santé publique. C'est ainsi que, d'après cette étude, toutes les activités communautaires et de santé s'étaient complètement arrêtées dans 30% des 1913 viliages de santé observés en 1982 et 1988.

- Moins de 50% d'agents de santé communautaire avaient à peine subi une session de recyclage.

- Les superviseurs des soins de santé primaires au niveau du District n'étaient responsables que pour une moyenne de 10 villages de santé.

- Chaque agent de santé communautaire était responsable d'environ 1323 personnes, ce qui constituait une charge de travail incompatible avec la conception qu'on se faisait d'eux comme travailleurs bénévoles à temps partiel.

En somme, la prise en compte des problèmes nés de la mise en œuvre des orientations d'Alma-Ata a conduit les autorités à revoir le système national de santé et à se tourner vers la réforme de ce système. C'est cette réforme qui est aujourd'hui connue sous l'appellation de «Réorientation des soins de santé primaires au Cameroun».

CHAPITRE II

LA REFORME

I. DEFINITION DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE (REOSSP)

1. La Genèse Africaine de la REOSSP

La réforme au Cameroun se situe dans le cadre d'une expérience africaine globale tenant compte des similitudes des systèmes sanitaires globalement en déclin. Pour faire face à cette situation, les Etats africains ont engagé un certain nombre d'actions concertées parmi lesquelles:

La Conférence de Lusaka (1985/[5]) qui recommande le renforcement des systèmes de santé par des stratégies de SSP par le biais des activités de santé à assise communautaire reconnue comme l'essor de tout processus de développement social et économique. Garantir leur succès et leur pérennité oblige les niveaux central, intermédiaire (provinces) et périphériques (districts) à leur fournir respectivement un soutien stratégique, technique et opérationnel. Cela constitue la trame du scénario de développement sanitaire en trois phases.

La Conférence Inter régionale de l'OMS à Hararé au Zimbabwe (Août 1987)[16] qui recommande fermement l'adoption du système de santé de districts décentralisés comme moyen d'atteindre les objectifs des SSP pour tous en l'an 2000.

Le Sommet des Chefs d'Etat de /'0 UA. (Juillet 1987) [17]qui adopte la «Déclaration» sur la santé, pierre angulaire du développement, soumise par le Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique, «Déclaration» qui comporte quelques points majeurs tels que:

- la désignation des comités de développement de districts sanitaires et comités de. santé,
- l'allocation annuelle d'un budget décentralisé pour les activités de chaque district
- l'encouragement des initiatives locales en vue de mobiliser des ressources complémentaires dans les collectivités composant des districts;
- l'organisation régulière des séminaires-ateliers, des activités d'éducation permanente des responsables de district de santé et agent de première ligne.

L'initiative de Bamako (Septembre 1987) [18]qui se fixe pur principaux objectifs de revitaliser les systèmes de santé en mettant l'accent sur la santé maternelle.et infantile. Elle se base sur les 8 principes ci-après:

---

15 G. *L. Monekosso : "Accé/erer l'instauration de la santé pour tous les Africains" OMS-Brazzaville;* /989

16 *" Report ofthe interregiona/ on strengthening District Health System based on primary Hea/th care" Harare Zimbabwz* 3 *To* 7 *August* /987 *WHO*

17 G. *L. Monekosso Op. Cil*

18 *L'initiative de Bamako ... UNICEF, 1995*

La volonté politique nationale d'accélérer la mise en place des SSP accessibles à tousl

Une réelle décentralisation vers les districts du pouvoir décisionnel pour la gestion SSP.

Une gestion décentralisée des ressources communautaires, dont les fonds collectés par les établissements locaux de santé restent sous le contrôle de la communauté.

La promotion de principes présidant à une participation financière de la communauté aux dépenses de santé à tous les niveaux du système de santé.

Un soutien financier substantiel des Gouvernements aux SSP et qui s'engagent à maintenir et si possible à augmenter la part du budget national consacré aux services de santé de base.

- Des politiques des médicaments essentiels compatibles et allant de pair avec l'extension des soins de santé de base.

Des mesures qui garantissent aux plus pauvres un accès aux soins de santé primaires en les exemptant du payement des frais ou au moyen de subventions selon des critères à définir avec la communauté.

La nécessité de fixer des objectifs intermédiaires clairs et de s'accorder sur la définition des critères d'évaluation.

2. . Elaboration de la Politique de REOSSP au Cameroun

Tout au long de l'année 1989.[19] Le Gouvernement Camerounais s'est attelé à l'élaboration de la politique de réorientation et de redynamisation des SSP, en mettant un accent particulier sur la santé de la mère et l'enfant, conformément à l'esprit de l'Initiative de Bamako.

L'élaboration de la politique de la REOSSP a été beaucoup influencé par la présence au MSP d'une masse critique de médecins de santé publique ayant une vision commune, prônée par l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers. On peut citer ici le représentant de la GTZ, Dr. Shmidt Ehry, Dr. René Owona Essomba, Directeur de la Médecine Préventive et Rurale et Dr. Ncharre Chouaibou, Sous Directeur Chargé de Soins de Santé Primaires. Le succès de cette équipe a été facilité par l'appui soutenu et les encouragements d'un Ministre de la santé Publique, reconnu pour son engagement en faveur des SSP, le Professeur Joseph Mbede.

Un comité national de coordination des activités de soins de santé a été créé avec ses structures au niveau intermédiaire et périphérique. Le Gouvernement a adressé un enquête expresse à l'UNICEF en 1989 pour le financement de la phase préparatoire qui se déroule de Juillet à Décembre 1989 et comporte les activités suivantes:

19 *"Rapport Annuel"* /989, *UNICEF, Yaoundé*

revue de la situation actuelle des soins de santé primaires;

évaluation des expériences de recouvrement de coûts et de participation communautaire à travers tout le pays;

élaboration du plan d'opération 1990-1994.

Avec l'appui financier dèTUNICEF, une équipe composée de 6 cadres nationaux et de 2 membres du bureau UNICEFNaoundé avait effectué en Mai 1989, sous l'égide de la GTZ un voyage d'études en République Populaire du Bénin pour apprécier l'expérience Béninoise de l'Initiative de Bamako et s'en inspirer pour préparer et mettre en œuvre un programme similaire au Cameroun.

II sera organisé à Douala, en Octobre 1989 sous l'égide de la GTZ, un séminaire de consensus sur la nouvelle stratégie des SSP à mettre en œuvre. Lors de ce séminaire, la majorité des intervenants en SSP dans le pays et certains pays voisins (par exemple le Congo) ainsi que les responsables du Ministère de la Santé Publique ont échangé des expériences et se sont entendus sur les principaux concepts tels que le partenariat, le recouvrement des coûts, la couverture sanitaire (notamment de District Sanitaire), la qualité des soins (rationalisation des prises en charge, supervision...)[20].

Outre le Ministère de la Santé, d'autres Ministère nationaux entre autres: le Ministère de l'Agriculture, de l'Education, de l'Administration Territoriale etc... et des Organismes Non Gouvernementaux interviennent activement dans la mise en œuvre des SSP. Le plaidoyer de la Coopération Allemande (GTZ) - Américaine (USAID) - UNICEF, Belge et OMS a été déterminant dans l'élaboration de la politique de la mise en œuvre des SSP. Le tableau 1. Ci-dessous montre les zones d'implantation et les domaines d'activités des organismes internationaux et ONG intervenant dans les SSP en 1989 au Cameroun.

---

20 Nous ne disposons pas du rapport de ce séminaire. Nous nous sommes référés à divers documents de travail qui y font allusion et qui nous ont été fournis par lin membre de {'équipe y ayant participé

1

TABLEAU 1. Les Intervenants dans les SSP et leurs zones d'implantation en 1989.

ORGANISMES	ZONES D'IMPLICATION	DOMAINE D'ACTIVITE
OMS	Tout le territoire	Moyens logistique-participation à la formation-fourniture de vaccins
UNICEF	Tout le Territoire	Phannacie v.illageoise-matériel didactique-fourniture de vaccin
USAID:PRITECH	Province Adamaoua	Survie de l'enfant-fourniture de vaccins
GTZ (Allemagne)	Prov.Nord-Ouest et Sud Ouest Littoral (sauf Douala)	Organisation structurelle-Supervision moyens logistiques-formation-assainissement
SNV (Pays-Bas)	Province Est -Nord	Organisation structurelle-supervision-moyens logistiques-fonnation-assainissement
CARE	Provo Extrême-Nord/Est	Hydraulique-villageoise: supervision, moyens logistique, formation, assainissement
AFVP (France)	Provo Adamaoua/Centre-Est-Extrême-Nord	Educatiorl pour la santé-soins- autres activités de développement
A.V.1. (Italie)	Extrême Nord et Est	P.E.V.-P.M.1. villageoise-soins
SCF. Save the Children	Centre (Ntui) Est (Yokadouma) Nord (Dokoula)	Hydraulique villageoise de l'enfant Activités de développement
A.V.B. (Belgique)	Provinces Extrême Nord (Maroua) Sud (Ngovayang)	Fonnation des personnels (approche intégrée)-Formation des leaders villageois
Oeuvres Confessionnels (Catholiques, FEMEC)	Tout le territoire	P.M.I. - Soins-Education pour la santé

Source: Rapport Annuel UNICEF, 1989, *Yaoundé*

3. Le Cadre Conceptuel de la REOSSP au Cameroun[21]

Conçu en 1989 et adopté officiellement par le Gouvernement en Mai 1993[22]. L'adoption officielle de la politique a dû attendre jusqu'en 1993, un travail préparatoire de fond s'étant avéré nécessaire en ce qui concerne;, le cadre juridique et réglementaire, la mise en place des normes et le nécessaire appui des autres ministères tels que; le Ministère des Finances, le Ministère de l'Administration Territoriale, et surtout le Premier Ministère.

La REOSSP a pour but de rendre les SSP accessibles à toute la population camerounaise, en s'appuyant sur une stratégie de décentralisation du processus de gestion au niveau du district de santé et en considérant le centre de Santé comme niveau de premier contact du malade avec

21 *La réorientation des SSP au Cameroun* Doc. 1/1/89 *du MSP. Polycopié*

22 *La réorientation des SSP au Cameroun Doc.* 1/1/89 ***GTZ*** *Yaoundé 1995*

le système de santé. L'autre objectif est l'intégration de toutes les activités des SSP du Centre de Santé et le renforcement du pouvoir de lacommunauté en l'impliquant dans le financement et la gestion au système des SEP. Cette nouvelle approche comporte plusieurs niveaux essentiels qui se présentent comme suit [23, 24].

3.1. Niveau Local: Le District de Santé

L'Aire de Santé

C'est une région géographique bien délimitée autour d'un Centre de Santé et qui comprend une population bien déterminée et servie par ledit centre. En principe, une aire de santé compte 5.000 à 10.000 personnes. Chaque aire de santé comporte les éléments essentiels suivants:

- Un centre de santé intégré dispensant un paquet minimum d'activités curatives, préventives et promotionnelles répondant aux besoins identifiés de la population en vue de développer une relation de partenariat entre les populations et le centre de santé.

  Un réseau de communication entre la communauté et les services de santé à travers la mise en place des structures de dialogue entre les deux parties. Les stratégies pour réaliser ce dialogue sont le cofinancement à travers la participation de la communauté au financement des soins et la cogestion (participation directe de la population dans la gestion de l'aire de santé).

Ce dernier aspect comprend l'implantation des deux partie dans la gestion des problèmes de santé et dans la gestion des recettes générées par le système de recouvrement des coûts.

- Une équipe installée au C.S.!. qui s'identifie culturellement à la population locale et qui présente des aptitudes à la communication pour pouvoir jouer le rôle d'interface entre la communauté et le C.S..!.

La stratégie de couverture de l'aire de santé consiste à subdiviser la population que dessert le centre de santé en :

population centrale c'est-à-dire la population qui vit dans un rayon qui leur permet d'accéder facilement au centre de santé;

population périphérique, c'est celle qui a des difficultés d'accessibilité au centre de santé.

La population centrale recevra pratiquement tous les soins au centre de santé, cependant le personnel du centre de santé programmera de temps en temps des visites domiciliaires en fonction des problèmes identifiés par ce dernier ou par la communauté. Quant à la population

---

[23] *La réorientation des SSP au Cameroun. Doc.* 1/1/89 *du MSP op. Cit*

[24] *La réorientation des SSP au Cameroun. .... projet GTZ op. Cit*

périphérique, la plupart des activités préventives et promotiOlmelles se feront dans les cases-santé avec la paJ.ticipation des agents de santé et des accoucheuses traditionnelles. La supervision de ces cases-santé incombera désormais aux personnels de leur centre de santé de référence.

La déclaration officielle de 1993 sur la REOSSP ne fait plus allusion aux agents de santé communautaires et aux cases de santé. La stratégie avancée par le personnel de santé opérant à partir du centre de santé devrait s'occuper des populations périphériques et isolées. Quelles est donc l'efficacité d'une telle approche en terme de couverture sanitaire adéquate?

L'Hôpital de District

L'hôpital de District est le point de référence pour tous les centres de santé du district et fournit un appui technique et complémentaire aux activités des C.S.!, permettant ainsi une rationalisation des activités par un système de référence et contre référence. Ceci implique que le C.S.! envoie les cas difficiles à l'hôpital de référence lequel, à son tour, lui renvoie les cas ne nęcessitant plus son intervention, pour un suivi adéquat.

Le Service de Santé de District

La gestion du district est assurée par un comité de gestion dont les membres sont issus des comités des aires de santé. Le District de santé est donc, en définitive, un so.us-ensemble national de santé correspondant à une unité administrative la plus décentralisée et comportant des aires de santé, avec leurs centres de santé ayant une population définie, un hôpital de District de Référence et un service de santé de District qui coordonne et supervise toutes les activités de santé de district, y compris celles des tradipraticiens et du secteur privé moderne.

3.2 Niveau Intermédiaire ou Provincial

Le niveau intermédiaire se situe au niveau de la Province. Il fournit l'appui technique aux hôpitaux de district et assure la formation, le recyclage, la supervision, l'approvisionnement, le contrôle et l'évaluation des hôpitaux de district de la Province. En plus, la Province joue un rôle particulier dans la recherche opérationnelle et l'appui technique comme par exemple la maintenance, la réparation des équipements et des véhicules dans le District. Un comité de gestion provincial composé des cadres de la santé, des représentants de la population ainsi que de l'administration (COGEPRO) gère le Fonds Spécial Provincial pour la santé (fSPS). Ce comité veille à la gestion rigoureuse des recettes générées à ce niveau par hôpitaux de district et l'hôpital provincial et éventuellement des revenues issues d'autres activités liées à la santé.

3.3 Niveau National

C'est ainsi que s'élaborent les politiques, les normes et les stratégies nationales. Ce niveau est représenté par le MSP et les structures nationales techniques apparentées.

II. PROGRAMMES SANITAIRES

Politique de la Population

La politique nationale sur la population a été adoptée en Juillet 1992 par la Commission Nationale sur la Population en vue de dégager un consensus sur l'éducation sanitaire et la reproduction, le planning familial et la nécessité de réajuster la croissance de la population aux ressources disponibles.

Planning Familial

En Avril 1992, le Ministère de la Santé adopte la politique de prestation du planning familial autorisant tous les centres et hôpitaux du pays à inclure les services de planning familial dans leurs activités de soins de santé primaires intégrés. Par ailleurs, cette politique autorise tous les niveaux de service de santé y compris le niveau communautaire à participer aux prestations de service de planning familial.

Lutte contre le SIDA

La lutte contre le SIDA occupe une place importante dans la politique sanitaire au Cameroun, compte tenu de la dimension national et internationale de ce fléau. Cette lutte a commencé comme un programme vertical et, depuis 1994, elle tend à être intégrée dans les SEP. La composante verticale a consisté en un dépistage systématique des donneurs de sang dans certains hôpitaux et des enquêtes épidémiologiques par les services compétents du MSP. Quant à l'intégration dans les SEP, elle concerne surtout la composante I.E.C (Information, éducation, et les Conseils aux malades déclarés).

Lutte contre le Cancer, le Diabète, l'Hypertension etc..

Les efforts considérables ont été déployés pour développer les programmes de lutte contre ces maladies qui ne sont pas encore intégrées dans les SEP. Un centre spécialisé en diabétologue et l'hypertension a été créée à Yaoundé et en ce qui concerne le cancer les campagne de dépistage ponctuels sont menées auprès des populations par des équipes mobiles spécialisées et dans la formations sanitaires.

III. LES EVENEMENTS MARQUANTS DE LA REOSSP AU CAMEROUN

La mise en œuvre de la REOSSP au Cameroun est jalonnée d'événements importants dans lesquels divers intervenants ont joué un rôle de premier plan. Voici la chronologie de ces événements marquants avec une référence aux principaux acteurs:

En 1977 : Organisation d'un séminaire national à Bamenda en vue de développer un plan national de SEP.

En 1988 : Signature d'un accord germano-camerounais portant sur le projet de renforcement des soins de santé primaires au Cameroun en particulier dans les Provinces du Nord-Ouest, Sud-Ouest et Littoral.

L'intervention de ce projet au niveau national avec l'installation, au niveau du Ministère de la Santé du bureau de coordination dudit projet, a été déterminante pour le développement au Cameroun du concept national des soins de santé primaires. Agissant comme' Conseiller Technique du Ministère de la Santé Publique, le Directeur du projet GTZ a pu ainsi influencer directement le contenu de la réforme en s'inspirant du modèle de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers dont certains enseignants ont servi comme consultants auprès de ce projet GTZ. Certaines idées et pratiques actuellement en cours dans la REOSSP telles que les aires de santé, les centres de santé intégrés, le recouvrement des coûts, le système d'approvisionnement en médicaments essentiels, etc.. Co-financement cogestion, la référence contre référence sont directement inspirées des thèses de l'Institut d'Anvers et le projet CIM.

Mai 1989 : l'UNICEF organise un voyage d'étude pour 6 cadres du ministère de la Santé et 2 du Bureau National UNICEF/Yaoundé. Ce voyage a pour but d'apprécier l'expérience béninoise de l'Initiative de Bamako, de s'en inspirer éventuellement en vue de mettre en œuvre un programme similaire au Cameroun.

En 1989 : Le projet USAID pour l'Adamaoua et le Sud (SESA) prend des mesures déterminantes pour le développement d'un cadre opérationnel de la mise en œuvre de la REOSSP au Cameroun. Ma présence effective du coordinateur dudit projet au sein du Ministère de la Santé a joué en faveur du développement de la dimension opérationnelle des SEP (élaboration des modules de formation et de gestion, des outils de gestion du système des SEP). Ce projet en mettant l'accent sur la Mère et l'Enfant, le recouvrement des coûts et la participation communautaire, s'inscrit en droit ligne de l'Initiative de Bamako.

Octobre 1989 : Organisation par le GTZ, OMS et autres partenaires, à Douala, d'un séminaire de consensus sur la nouvelle stratégie des SEP. Les responsables du Ministère de la Santé et tous les partenaires importants y ont pris part. Présidé par le Ministre de la Santé Publique et l'Ambassadeur de la République Fédérale d'Allemagne, ce séminaire a regroupé d'autres participants importants entre autres, les Directeurs du MSP et Conseillers Techniques, les Délégués Provinciaux de la santé, les représentants des projets et organismes suivants: GTZ, projet Belge CIM, le CUSS, l'OMS, l'UNICEF, Save the Children, Fédération Service Néerlandais des Volontaires; Care International et le Service Catholique de Santé. Les thèmes suivants étaient à l'ordre dujour: les grands axes de la REOSSP au Cameroun, le cofinancement, la participation communautaire, la supervision, la rationalisation de soins.

Décembre 1990 : Promulgation de la Loi n090//053, portant liberté d'association qui ouvre la voie à la pm1icipation communautaire à la santé. Il est important de souligner que cette loi n'a pas été faite dans un objectif sanitaire. Elle est résultante de la grande contestation populaire qui a sous-tendu l'avènement de la démocratie au Cameroun en 1990. Sur la base de cette loi de Décembre 1990, les comités de santé, les fonds provinciaux spéciaux pour la santé sont crées.

Toujours **en Décembre** 1990, adoption et promulgation de la Loi n0062 portant dérogation spéciale pour permettre le recouvrement des coûts liées à la vente des médicaments et la gestion décentralisée de ces recettes.

En effet, après des négociations entre le MSP, le Premier Ministère et le Ministère de l'Economie et Finances, soutenues par le plaidoyer et de l'OMS et de l'UNICEF, une dérogation est accordée aux formations sanitaires publiques en matière financière. Les sommes recouvrées sont destinées à assurer aux formations sanitaires un réapprovisionnement en produits pharmaceutiques et petits équipements médicaux.

En 1991 : mise en place du projet FAC pour le renforcement du système sanitaire de la Province du Nord.

En Juillet 1992 : Le séminaire de Bertoua ouvre la porte à la délimitation des districts et aires de santé au Cameroun. Ce séminaire regroupait outre les Directeurs et autres responsables de l'Administration Centrale du Ministère de la Santé Publique, les Délégués Provinciaux, les Chefs de Service Provinciaux de la Médecine Préventive et Rurale, les Chefs de projet d'appui aux SEP et les ONG impliquées dans ce domaine. Au cours de ce séminaire, les Délégués ont exposés divers problèmes et contraintes rencontrés dans la délimitation des districts sanitaires tels que:

faible densité de la population dans certaines régions;

diversité ethnique dans une même unité administrative;

nomadisme de certaines populations;

enclavement de certaines localités;

érection de districts administratifs et arrondissements avec pour conséquence l'inadéquation entre la structure sanitaire existante et l'unité administrative;

susceptibilité des autorités traditionnelles devant le rapprochement de leur population à d'autres entités;

réticence des responsables des œuvres samtmres confessionnelles et des entreprises agro-industrielles à la nouvelle politique de santé;

logistique insuffisante;

insuffisance quantitative et qualitative du plateau technique des formations sanitaires;

divergence d'idéologies politiques très marquées dans certaines régions;

Parmi les solutions envisagées on peut citer entre autres:

définition d'une liste de critères de délimitation des districts de santé au niveau central;

les Délégués doivent proposer un plan de développement des districts au niveau central

le niveau central et provincial doivent défiflir :

l'équipe-cadre d'un district de santé comportera au moins deux médecins,

le plateau technique d'un district de santé;

le rôle et les tâches d'une équipe de district.

En outre, les participants à ce séminaire ont déploré l'inadéquation entre la formation et les exigences du système de santé de district et ont recommandé une réadaptation pour y inclure la santé publique.

Août 1992 : La promulgation de la loi des finances n092/001, autorisant cenames formations sanitaires à conserver 50% des recettes provenant de leurs prestations payantes et de s'en servir localement pour les charges de fonctionnement des services et la motivation du personnel.

Il est à noter que pour aboutir à cette concession, il n'a pas été facile de convamcre les décideurs (législateurs, responsables du Ministère de l'Economie et Finances, etc..) Cette loi a également abouti à la généralisation des quotes-parts à tous le personnel exerçant dans les formations sanitaires publiques. Cependant, la question est de savoir si les sommes générées suffisent pour une réelle motivation des personnels? Le décret n093/229 PM du 15 Mars 1993 fixant les modalités de la gestion des recettes affectées aux formations sanitaires publiques pour leur fonctionnement, créer des comités de gestion des recettes retenues parc es formations sanitaires.

Les deux texte ci-dessus visent une décentralisation effective de la gestion des recettes. Or, on ne peut manquer de relever les dispositions de l'Arrêt n0005 MSP du 15 Juillet 1994 qui exigent que la répartition interne de ces recettes affectées à chaque formation sanitaire publique pour son fonctionnement soit fixée au début de chaque exercice budgétaire par décision du Ministre de la Santé Publique sur proposition des comités de gestion des formations concernées, On peut penser là que qu'il y a une bonne intention du MSP de contrôler les comités de gestion mais n'y a-t-il pas là en réalité une limitation à cette décentralisation souhaité? Où alors faut-il penser que les comités de gestion ne font pas une lecture exacte de l'Arrêt précité?

En 1992 : début de l'intervention du projet Jura-Suisse-Cameroun. L'originalité de projet réside dans l'accent qui est mis sur la formation du personnel par la création des bibliothèques et l'abonnement à certains journaux de santé publique pou les formations sanitaires dans la zone d'intervention du projet ainsi que des activités de promotion de la santé telles que les puits d'eau,

les latrines, les fosses à ordures. Le volet encadrement des étudiants en médecine constitue également une des particularités dudit projet.

Mars 1993 : A Bafoussam; organisation par la GTZ et le MSP d'un séminaire national sur le thème «La structure, l'Organisation, la Gestion de l'Hôpital de District au Cameroun)). Ont participé audit séminaire, les Directeurs et Conseillers Techniques du MSP, les Délégués provinciaux de la santé et les représentants des organismes qui interviennent dans la mise en œuvre de la REOSSP. Les exposés et discussions ont porté sur le système de santé de district, le financement des services de santé au Cameroun, la problématique de délimitation des districts de santé, la structure, l'organisation et la gestion de l'hôpital de district. Les recommandations ont été formulées sur le plateau technique, équipements nécessaires, la commande, l'entretien et le remplacement de ces équipements, la rationalisation des services et des activités dans un hôpital de 1ère référence, la formation et le recyclage des personnels clés du système etc...Les participants étaient conscients du fait que, vu la crise économique ambiante de la mise en œuvre des recommandations précitées ne serait pas facile. Pour améliorer le mécanisme de prise de décision au niveau périphérique les participants ont vivement recommandé que l'Etat délègue désormais au service de santé de district tous les crédits destinés aux centres de santé et hôpitaux de district pour que la répartition en soit faite à ce niveau. Il a été également demandé à chaque Délégué Provincial de commencer dès maintenant l'opérationalisation d'au ,moins un de ses districts de santé. Il reste cependant à savoir si oui ou non ces diverses recommandations ont été suivies d'effet sur le terrain.

Mai 1993 : Publication par le Ministère de la Santé de la «Déclaration de Politique Nationale de mise en œuvre de la réorientation des soins de santé primaires au Cameroun)). Cette déclaration constitue l'acte de naissance officiel de la REOSSP au Cameroun dont elle fixe les grandes orientations.

La notion de district de santé comme pierre angulaire des SEP y est développée, les modalités du Co-financement définies, la place centrale des médicaments essentiels soulignée ainsi que le sous-système de prise de décision/information. On peut cependant regretter dans cette déclaration l'absence de directives précises quant à la mise en œuvre pratique de la REOSSP.

Octobre 1994 : Organisation à Kribi par GTZ et autres partenaires d'un séminaire-atelier sur la planification du district santé. Les participants sont les mêmes que ceux du séminaire de Bafoussam. Le but de ce séminaire était de diagnostiquer les problèmes de développement du district sanitaire grâce à la méthode de programmation des activités par objectifs. Les différents groupes de travail ont analysé différents volets du problème de développement du district et les participants ont reconnu les causes suivantes comme étant les obstacles à l'établissement du district sanitaires.

activités du niveau central peu planifiés;

cadre juridique inadéquat;

supervision du niveau intermédiaire inadéquate;

plaidoyer du niveau central insuffisant;



système d'approvisionnement en médicaments essentiels insuffisant organisé;

gestion des ressources humaines ne répondant pas aux besoins de mise en œuvre du district de santé;

concertation insuffisante avec le secteur privé à but lucratif;

décisions basées sur des informations non pertinentes;

gestion des ressources financières inadéquates;

mauvaise gestion des équipements et matériels;

certains textes non appliqués.

Pour résoudre ces problèmes 6 objectifs ont été fixés et un responsable du niveau central nommé pour assurer le suivi de la mise en œuvre des activités planifiées. Ces objectifs sont les suivants:

1. Toutes les activités du niveau central figurent dans plan d'action 1995 à 1997 ;

2. Tous les textes adéquats sont signés par les autorités compétentes et diffusés;

3. Politique du district sanitaire promue par un plaidoyer efficace ;

4. Supervision du niveau intermédiaire réalisées efficacement et régulièrement;

5. Système efficace d'approvisionnement en médicaments essentiels;

6. Formation et affectation du personnel en rapport avec le développement du district sanitaire assurées.

Le niveau central a reconnu certaines contraintes qui pourraient être levées sous certaines conditions telles que :

la diminution des interventions perturbatrices extérieures au niveau provincial pour la gestion du personnel;

l'adhésion des bailleurs de fonds;

la disponibilité des ressources financières et matérielles;

le respect des engagements par les partenaires ;

la maîtrise de la gestion des ressources humaines par le MSP.

Le séminaire de Kribi nous amène à poser la question de savoir qu'est devenue la structure de suivi ci-dessus évoquée?

Février 1995 : Décret N°95/0 13, portant organisation des services extérieurs du Ministère de la Santé en districts de santé. Ce décret définit clairement les notions d'aires de santé et. districts de santé ainsi que les compétences territoriales, géographiques, de ceux-ci. Il est confié au Ministère de la Santé le soin de fixer par Arrêt les modalités de création d'organisation et de fonctionnement des districts de santé. Cet Arrêt n'existe pas encore malgré la création de certains districts. On peut se demander si cela ne crée pas des confusions et des problèmes sur le terrain. Alors que certains districts ont déjà été créés en l'absence d'un tel Arrêt!

Mars 1995 : Décret,°95/040 portant réorganisation du Ministère de la Santé.

4 Janvier 1996: Loi n096/02 portant loi-cadre dans le domaine de la santé.

6 Février 1996: Début de l'intervention de l'Union Européenne par la signature d'un accord portant Projet d'Appui aux Services de Santé.

1996: Entrée en scène de la Banque Mondiale dans la REOSSP, dans le cadre du projet «Santé Fécondité et Nutrition».

CONCLUSIONS

La réorientation du système de santé camerounais, telle qu'elle est décrite dans les documents consultés est bien pensée et est conforme aux observations faites dans d'autres pay,s ainsi qu'aux recommandations des organismes d'aide internationaux, à savoir: l'UNICEF (Initiative de Bamako), la Banque Mondiale (pour une meilleure santé en Afrique) et l'OMS (Déclaration de Hararé). En effet, l'enquête sur le terrain devra apporter des réponses aux grandes questions évoquées dans la revue documentaire entre autres:

Quelle est la contribution réelle des partenaires tels que: la GTZ, l'UNICEF, l'OMS dans la mise en œuvre de la REOSSP ?

Le centre de santé est considéré comme pierre angulaire de la REOSSP. Ce modèle peut-il assurer une couverture adéquate du territoire? Surtout quand ont pense à la population périphérique?

La stratégie avancée recommandée dans cette approche est-elle suffisamment efficace?

La réorganisation administrative et 'stmcturelle du MSP recherchait l'adaptation de cette institution aux exigences de la REOSSP.Quelle est la réalité vécue sur le terrain?

La part du budget du MSP consacrée aux charges des personnels a baissé considérablement depuis le début des allégements des effectifs dans la Fonction Publique et la double baisse des salaires. Ces moyens libérés ont-ils servi à renforcer l'investissement et partant à rédynamiser le système de santé?

Concernant le financement communautaire, quel est le degré d'adhésion des populations au recouvrement des coûts comme indicateur d'acceptabilité du système dans les diverses régions du pays? Et quels peuvent être les divers obstacles à cette adhésion?

Les fonds spéciaux provinciaux pourJa santé ont été mis en place dans diverses régions pour appuyer les SEP. Les communautés influencent-elles réellement la prise de décision? Quelle est la pérennité du système? Les indigents sont-ils pris en compte dans le système?

Est-ce que les différentes résolutions au demeurant généreuses, prises à l'occasion des nombreux séminaires organisés sur la REOSSP ont induit des changements sur le terrain, et agi positivement sur le développement de le REOSSP, en ce qui concerne le consensus sur la nouvelle stratégie des SEP (Douala), la délimitation des districts et aires de santé, (Bertoua) la structure, l'organisation et la gestion de l'hôpital (Bafoussam) la planification du district de santé et la constitution d'une équipe de pilotage au niveau central (Kribi) etc...?

En ce qui concerne les recettes affectées (rétention de 50% des recettes réalisées), il y a lieu de se demander si cette rétention est effective et si elle atteint sa finalité qui est la motivation du personnel (création de meilleures conditions de travail, attribution de quotes-parts et primes). Les réponses à toutes ces interrogations qui précèdent viendront peut-être des résultats de l'enquête effectuée sur le terrain.

CHAPITRE III

STRATEGIES ET PROCESSUS .

La mise en œuvre de la Réorientation des Soins de Santé Primaires au Cameroun a nécessité le développement d'un certain nombre de stratégies par les divers intervenants, qui sont autant des processus visant l'atteinte de l'objectif de «Santé pour Tous en l'An 2000". Ce sont ces processus qui sont mises en exergue dans ce chapitre.

I. LA REORGANISATION ADMINISTRATIVE, STRUCTURELLE ET TECHNIQUE DU SYSTEME DE SANTE

La réorganisation administrative avait pour objectif de décentraliser le système de santé au maximum afin d'impliquer le personnel de santé et la population dans le processus de prise de décision et de gestion du système de santé.

1. Réorganisation Administratif (Décentralisation)

La décentralisation est un aspect clé de la REOSSP. La loi-cadre dans *le* domaine de la santé (4 Juin 1996 énonce que la rationalisation du système de gestion sanitaire et du financement du secteur se fait notamment par un développement de la gestion décentralisée des ressources humaines, financières et matérielles affectées au secteur santé, à travers le développement du partenariat entre les pouvoirs publics, les communautés bénéficiaires et tous les autres intervenants en matière de santé.

En matière de gestion financière et matérielle, il se révèle que le niveau central continue avec une pratique ancienne, celle qui consiste à affecter directement des crédits et des équipements aux formations périphériques sans coordination préalable avec le niveau provincial.

La gestion du personnel fonctionnaire au Cameroun est encore très centralisée, surtout en cé qui concerne le personnel - cadre provinciales se plaignent de ne pas avoir suffisamment d'autorité sur le personnel, en matière notamment de discipline, de sanction, d'affectation, en raison des dispositions régissant le personnel de la Formation Publique au Cameroun. C'est ainsi' qu'elles soulignent en particulier l'instabilité du personnel surtout le personnel réorienté souvent affecté sans qu'on demande l'avis des responsables provinciaux. Cette situation affecte négativement la mise en œuvre de la REOSSP.

La décentralisation devrait comporter un volet disciplinaire et hiérarchique permettant aux responsables intermédiaires et locaux de sanctionner directement leurs subordonnés sans avoir à recourir à des instances de décisions supérieures. Pour citer l'un des responsables du district rencontré : «la REOSSP m'a donné plus de travail et de responsabilité, mais la décentralisation ne m'a rien apporté en matière d'autorité et de gestion.))

Tableau 2 . Les Niveaux du Système de Santé au Cameroun

Niveau	Structures Administratives	Structures Techniques	Structures de Dialogue
Niveau Central	Cabinet du Ministère Direction technique	- Hôpitaux généraux et centraux, CHU, Facultés. Grandes Ecoles de Formations des personnels médico-sanitaire	(Fonds National de solidarité pour la santé (à mettre en place)
Niveau Jntermédiaire	Délégation provinciale de la Santé Publique	- Hôpital provincial - Ecole de formation des infirmiers	- Fonds Spécial Provincial pour la promotion de la santé -COGEPRO
Niveau Périphérique	- Service de Santé de District (Aires de Santé	- Hôpitaux de District - Centres médicaux d'arrondissement (CAM) - Centres de Santé Intégrés	- COSADIICOGEDI - COGE-HD - COSA/COGE

Source : Référence 9/

2. La Réorganisation Structurelle

Une réforme aussi radicale que la REOSSP nécessite une réorganisation en profondeur du système de santé. C'est dans cette optique que l'organigramme du Ministère de la Santé qui a subi des modifications significatives en 1989 et 1995. En 1989[25], en vue de préserver les intérêts du monde rural comme prévu dans la REOSSP, le Gouvernement décide de créer une Direction de la Santé Familiale et Mentale pour s'occuper des problèmes des Mères et des Enfants, dans l'esprit de l'Initiative de Bamako. Des services représentants cette nouvelle Direction sont mis en place au niveau provincial. Le niveau départemental est parfois maintenu. De même que les centres Médicaux d'Arrondissement (CMA) qui apparaissent comme une structure médicale hybride entre le centre de santé et l'hôpital de district.

L'efficacité de la mise en œuvre de la REOSSP s'est heurtée à la multiplicité et à la complexité des structures au niveau de l'Arrondissement qui au Cameroun correspond globalement au district sanitaire. Par ailleurs, des chevauchements de responsabilités entre les Directions ont été source de conflits sur le terrain. Cette situation a conduit à une mise en question du fonctionnement du système sanitaire. C'est ainsi que des organismes tels que la Banque Mondiale [26,27] , ont fait une analyse approfondie du fonctionnement du système qui a abouti en 1995 à la réorganisation de l'organigramme du Ministère de la Santé. Cette analyse a permis d'identifier les problèmes suivants:

---

25 *Décret n089/011 du* 5 *Janvier* 1989, *réorganisant le MS?*

26 *Rapport d'évaluation République du Cameroun, projet santé, Fécondité et Nutrition Doc. De la Banque Mondiale.*

27 *Rapport d·évalualion........Banque Mondiale op. Cil*

- un cadre légal inadéquat;

- inadéquation entre l'organisation politico-administrative et la nouvelle structure de la santé;

- incompatibilité entre les objectifs de la nouvelle politique de santé et organigramme du Ministère de la Santé;

- un manque de personnel fonné en gestion de la santé;

- un système de gestion hautement centralisé, caractérisé par une coordination faible de la gestion des ressources;

- la lenteur de l'extension de la couverture en SEP;

- l'inaptitude du système à assurer la disponibilité et l'accessibilité aux médicaux. dans. tout le pays ;

- un système d'infonnation inapproprié;

- une faible promotion de la nouvelle politique des SSP ;

- une faible coordination des activités de recherche.

Pour une mise en œuvre efficace de la REOSSP, l'organigramme a donc subi les modifications suivantes en 1995[28]·

- une division des Etudes, de la Planification, des Infonnations Sanitaires et de l'Infonnation est créée et rattachée directement au Secrétariat Général du Ministère;

- une Direction des Ressources Humaines voit le jùur ;

- la Direction de la Médecine Préventive et Rurale et la Direction de la Santé Familiale et Mentale sont fusionnées en une Direction qui s'appellent désonnais Direction de la Santé Communautaire.

Au niveau provincial, des modification correspondantes ont été entreprises pour refléter ces changements opérés au niveau central. Par contre, le niveau départemental disparaît presque du nouvel organigramme. Le niveau du District Sanitaire qui correspond globalement à l'Arrondissement Administratif subit des modifications majeures. Selon l'organigramme, le district de santé constitue une entité socio-économique assurant des prestations de soins de bonne qualité accessibles à tous, avec la pleine participation des bénéficiaires. Il suit les limites des

---

28 *Décret N°95/040 du* 7 *Mars* 1995, *réorganisant le MS?*

circonscriptions administratives ; il peut, en cas de besoin, couvrir un ou plusieurs Arrondissements limitrophes selon les critères d'opérationnalité d'un district de santé. Le responsable du service de santé de district est désormais Chef de Service alors qu'il était Chef de Bureau dans l'ancien organigramme.

A côté du service de santé de district est créé un hôpital de référence du district. Les autres formations sanitaires ayant des médecins, qui jusque là étaient appelés Hôpitaux d'Arrondissement, s'appellent désormais: Centre Médicales d'Arrondissement. Cette structure intermédiaire qui est un centre médicalisé pose problème dans la mesure où la continuité des soins ne peut pas être assurée. Le reste des formations sanitaires, à savoir·: les centres de santé développés, les centres' de santé élémentaires et les dispensaires sont transformés en centres de santé intégrés (CSÎ). Les postes de santé villageois disparaissent de cet organigramme et le centre de santé intégré devient le premier contact des populations avec le système de santé.

3. Réorganisation Technique

3.1 Définition des Activités à Chaque Niveau

A. Au Niveau Provincial; la Délégation Provinciale de la Santé

Ce niveau assure l'appui technique au district de santé. Il est désormais créé au niveau de la Province une association dénomméé le «Fonds Spécial de Solidarité pour la Santé de la Province» (FSPS) dont les sources de financement proviennent essentiellement des subventions et aides', des participations des districts sanitaires et du surplus généré par la vente des médicaments essentiels par le Centre d'Approvisionnement Provincial des Produits Pharmaceutiques (CAPP) organisme du FSPS pouvant être considéré comme une entreprise parapublique à but non lucratif dont la mission est l'approvisionnement des formations sanitaires en médicaments essentiels [29]. Le CAP vend des médicaments aux formations sanitaires en chercharit à couvrir les frais d'exploitation du système d'approvisionnement et en réalisant des surplus. Ces. surplus permettent de suppléer au financement de certaines chàrges comme les supervisions aux différents niveaux du système, le fonctionnement du systèine d'information, etc... par le FSPS. Le projet SESA a développé un manuel d'instructions pour le CAPP.

Les membres du FSPS sont soit de droit, soir actifs, soit 'honoraires. La qualité de membre de droit revient aux personnes physiques ou morales dont les ressources (humaines, matérielles, fmancières) contribuent à la mise sur pied ou à l'amélioration des prestations du FSPS. Les membres actifs sont les représentants des bénéficiaires des biens et services qu'offre le FSPS. Ils sont élus par les comités de santé du District (COSADI)..

Le CAPP est habilité à importer les médicaments de préférence par le biais de la Centrale Intermédiaire d'Approvisionnement des Médicaments essentiels (CESAME). Pour le moment,

29 *Manuel d'intervention du système d'approvisionnement pharmaceutique provincial. Projei MSP-SESA Ydé* 1994; *polycopié*

le CAP s'approvisionne auprès des fournisseurs locaux et internationaux tel que : IDA (International Dispensaires Association in Holland) en attendant le début des activités de la CENAME.

La création des nouvelles Divisions et Directions au MSP dans le cadre de la REOSSP a eu des effets positifs. Elle a pennis la réduction des conflits de compétence. La plupart des cadres au niveau provincial ont été réorientés. Les responsables provinciaux sont globalement satisfaits par cette réfonne qui vis à leur conférer plus de compétence en certaines matières telles que: la délimitation des aires de santé et la supervision. Toutefois, la délimitation des aires de santé et des districts se heurte souvent à des considérations d'ordre politique souvent éloignées des impératifs d'une bonne couverture sanitaire. C'est ainsi que cette délimitation ne respecte pas toujours les réalités socio-culturelles, économiques et démographiques. Un exemple type nous est fourni dans le Département de la Mefou et Afamba où viennent d'être crées, le district d'Awaé et le district d'Essé, dont la visibilité n'est pas garantie compte tenues de leur proximité géographique et de leur démographie.

Il y a lieu de souligner l'instabilité des personnels souvent affectés à l'insu des responsables provinciaux alors qu'il existe dans le nouvel organigramme une Direction des Ressources Humaines chargée de rationaliser ces décisions, de suivre et de coordonner les affectations des personnels.

Au niveau provincial, la supervision, est assurée là où il y a des moyens logistiques fournis soit par un Fonds Spécial (Adamaoua et Nord-Ouest) soit par l'assistance technique (province du Nord). Il faut mettre en exergue le fait que les Provinces du Nord et de l'Adamaoua ont un système de monitoring basé sur une microplanification des activités sanitaires et qui marche très bien.

B. Au Niyeau du District de Santé

Le service de santé de district a pour rôles:

- l'élaboration du Plan d'Action Sanitaire du District;
- le suivi de l'exécution de ce Plan d'Action;
- la supervision des aires de santé.

Au ce niveau, l'absence de plan d'action global est remarquée. L'impression se dégage que l'activité principale du Chef de Service en général est encore circonscrite à la supervision.

Malgré la disparition du niveau départemental, certaines autorités administratives ne parviennent pas encore à accepter d'avoir en face d'eux plusieurs interlocuteurs comme c'est le cas pour d'autres départements ministériels. Certains Chef de Service de santé de district continuent ainsi de faire office de Chef de Service de santé départeméntal, comme c'est le cas à Guider.

1

L 'hôpital de District joue essentiellement le rôle de référence/contre référence vis-à-vis des centres de santé d'une part, et d'autre part, il préfère certains cas, si nécessaire, à l'hôpital provincial dont il reçoit également les contre références. En Juillet 1994[30], sous l'égide du projet MSP-SESA, un docwnent décrivant l'organisation et la gestion modèle d'un hôpital de District a été publié. Les rôles des principaux acteurs dans un hôpital de District (médecins, infirmiers, économe etc..) y sont décrits de façon détaillée.

Nous avons noté ici qu'aucun des hôpitaux de district visités ne représente encore un véritable hôpital de district de référence. Le plateau technique est généralement insuffisant pour permettre à ces hôpitaux de jouer ce rôle. D'où des difficultés et dysfonctionnement remarqués pour la référence contre référence. Certains de ces hôpitaux de district sont dans un état de sous-équipement chronique (Maiganga, Obala, Mfou).

C. Au Niveau des Centre de Santé Intégrés

Le centre de santé intégré constitue le lieu privilégié pour ce qui est de la création de l'interface entre la communauté et les services de santé. C'est ici que doivent être prodigues» les soins globaux, continus et intégrés. Le paquet minimum des activ.ités que l'on doit forcément retrouver au niveau du centre de santé est constitué par :

la santé de la mère et de l'enfant y compris la planification familiale , consultations nourrissons et préscolaire (eN/CpS), vaccinations, consultations et planification familiale, consultations prénatales (CPN) ;

la consultation curative;

la consultation des chroniques (lèpre, tuberculose, diabète, hypertension artérielle etc..)

la référence/contre référence;

la promotion de la santé (approvisionnement en eau potable en quantité suffisante, hygiène et assainissement, information, éducation, communication relative à l'ensemble des problèmes prioritaires de santé.

Les projets SESA[31] et CIM ont développé beaucoup d'outils de gestion pour les centres de santé intégrés. Tous ces outils sont regroupés dans un manuel intitulé: «Manuel du Centre de Santé». Les instructions détaillées sur l'utilisation de ces outils de gestion sont contenues dans le manuel précité. Les autres intervenants entre autres l'UNICEF, le FAC, la GTZ ont également mis en place des outils de gestion présentant de petites différences par rapport aux modèles du

---

30 *Manuel de l 'hôpital de district MSP, version Juillet 1994*

31 *Manuel du Centre de Santé projet MSP/SESA Edition, Mai 1994*

projet SESA. Il n'y a donc pas encore de modèles standardisés au niveau national, ce qui est à souhaiter car un modèle unique faciliterait un recueil et une analyse des données harmonisées.

Il n'existe malheureusement pas dans les sites recensés de modèles de santé véritablement intégrés. L'intégration dans le temps, par un professeur est rarement réalisé. Les consultations nourrissons se font un jour, les consultations prénatales un autre jour. La composante planning familial n'est réalise que dans peu de CSI ; le suivi des maladies chroniques (lèpre, tuberculose) est rare. Seuls les CSI dans le district sanitaire de Mfou échappent quelque peu à cette situation. Ici, la propreté des locaux est impressionnante. Propriété améliorant la qualité des oins, affichage systématique des courbes d'objectifs opérationnels, maîtrise de l'utilisation des ordinogrammes, existence des latrines et puits d'eau potable etc... Malheureusement, d'après les promoteurs, les populations ne voient pas ces réalisations de promotion de la santé comme modèle à émuler.

3.2. Le Système d'Information Sanitaire (NHMIS)

Le Ministère de la Santé Publique est en train de mettre en place un nouveau système national de gestion de l'information sanitaire. Un sous-comité technique ad-hoc a été créé par Décision n001IDIMSP/CAB du 12 Août 1990, pour la mise en place d'un système national d'information pour le management des services de santé. Ce système est appelé en anglais 'National Health Management Information System» (NHMIS). Ce sous-comité n'a pas fonctionné jusqu'en Février 1993, date à laquelle a été créé un nouveau sous-comité placé sous la responsabilité du Conseiller Technique n02 du Ministère de la Santé.

Après avoir établi le bilan-diagnostic du système d'information sanitaire existant, défini les objectifs du nouveau Système National d'Informations Sanitaire à différents niveaux, conçu et proposé un nouveau NHMIS, ce sous-comité est parvenu aux résultats suivants actuellement disponibles:

- liste des fonctions, activités et besoins en informations pour le niveau de district;

- liste. des indicateurs et leur analyse pour le niveau de district;

- fiches bilingues de collecte mensuelle des données pour le service de santé de district, les formations sanitaires de 1er et 2ème échelons [32];

- instructions en français et en anglais sur le remplissage des fiches de collecte pour les services de santé de district, les formations sanitaires de 1er échelon et celles de 2e échelon;

- une ébauche du nouveau logiciel du NHMIS ;

- les listes des données à enregistrer dans les formations sanitaires (en proposition en attendant le consensus).

Restent attendues les réalisations concernant les réflexions sur le NHMIS du niveau intermédiaire et du niveau central. A signaler, depuis la création de ce sous-comité en 1990; la

[32] *Fiche de collecte des données pour le rapportlllenslIel des centres de santé MSP (NHMIS)*

plupart des formations sanitaires aussi bien publiques que privées, tous niveaux confondus, n'envoient plus des statistiques sanitaires au niveau central; en attendant la mise à leur disposition de ces différentes fiches qui tardent à venir, rendant ainsi difficile la maîtrise des indicateurs sanitaires. D'où la pénurie de données dans les documents consultés.

Pour la viabilité de ce nouveau système des conditions suivantes sont à remplir:

assurer une bonne formation du personnel en matière de statistiques sanitaire;

assurer un approvisionnement régulier des fiches de collecte de données car depuis trois ans le MSP ne fournit plus ces fiches aux formations sanitaires;

assurer l'acquisition, la maintenance et le remplacement du matériel informatique.

Dans le Nord-Ouest et l'Adamaoua par exemple, le système mis en place par le GTZ et le projet SESA respectivement est tombé en panne, faute de maintenance. Il faut tout de même signaler les efforts louables entrepris par les Province du Nord et du Nord-Ouest pour assurer une continuité, fut-elle minimale du système d'information sanitaire en dépit de la non-opérationalité du nouveau système. C'est ainsi que dans le Nord quelques résultats des (monitoring) semestriels des activités des formations sanitaires sont disponibles au niveau provincial. Dâns le Nord-Ouest également, beaucoup de données en matière sanitaire sont disponibles (brochures, statistiques...) dans un petit centre aménagé dans les locaux de la Délégation Provinciale.

Toutes ces dispositions transitoires sont à souligner dans la mesure où elles permettent de pallier les difficultés actuelles du système d'information, et d'éviter un blocage total de celui-ci, dans l'attente de la mise en place du nouveau système en cours d'élaboration dans le MSP.

II. FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE

La crise économique et financière qui secoue le Cameroun empêche le gouvernement de financer normalement le fonctionnement de son système de santé. Au plan macro-économique, les principaux agrégats sont négatifs, notamment la balance des paiement et la balance commerciale. Une situation qui provoque l'intervention du FMI à travers les programmes d'ajustement structural. De plus, le récent changement de partie du franc CFA, est de toute évidence, la conséquence de ces déséquilibres économiques et financiers. Au plan micro-économique, les effets des déséquilibres macro-économiques se font sentir au niveau des ménages par l'aggravation de la pauvreté et du chômage.

Au Cameroun, le financement des activités des SSP se fait à travers trois sources: l'Etat, la Communauté, l'Aide extérieure.

1. Le Financement de l'Etat[33]

Dans le contexte actuel caractérisé par la crise économique, les ressources financières de l'Etat ont baissé de façon considérable et le budget de l'Etat du MSP n'a cessé de diminuer en valeur absolue depuis deux ans, passant du chiffre le plus élevé de l'exercice budgétaire 1992-1993 (29,88 milliards du FCFA) à 22,23 milliards pour l'exercice 1995-1996, soit une diminution de 7,65 milliards. Le tableau n03 donne un aperçu global de l'évolution du budget de l'Etat du Ministère de la Santé de 1990 à 1996.

Tableau n03 : Budget de l'Etat en milliards: FCFA (1991 - 1996)

ANNEE	B. Etat	B. MINSANTE	%	FONCT.	INVEST	MEDICAMENTS
1990-1991	550	28,01	5,0	22,75	3,82	1,44
1991-1992	572,2	25,08	5,3	20,19	3,22	1,67
1992-1993	573,6	29,88	5,2	24,28	3,15	1,45
1993-1994	576	28,16	4,8	23,57	3,15	1,44
1994-1995	581	22,52	3,8	17,95	2,82	1,75
1995-1996	648	22,23	3,4	18,15	4,04	-

Tandis que le budget de l'Etat alloué à la santé connaît une évolution en dents de scie depuis l'année fiscale 1990-1991 et ne représente que 3,43 % du budget national en 1996, le budget national augmente globalement passant de 550 milliards en 1990-1991 à 648 milliards de FCFA en 1995-1996 (si on y ajoute le budget annexe des PIT, le budget, global de l'Etat serait donc de 682 milliards en 1996).

L'enveloppe budgétaire du MSP allouée au fonctionnement n'a pas connu de variation majeur entre 1990 et 1996. En dépit des allégements d'effectifs des personnels dans la fonctions publique, y compris ceux de la santé et de la baisse des alaires intervenue entre 1993-1994, la charge du personnel de la santé constitue encore environ 60% de l'enveloppe globale allouée au fonctiopnement en 1995-1996. Ce qui reste de ce budget pour l'entretien est si modeste que plusieurs structures sanitaires publiques se dégradent au fil des ans.

Il est à noter que les effectifs combinés de la dévaluation du FCFA et de la double caisse des salaires ont exacerbé la démotivation des personnels et les pratiques parallèles dans les formations sanitaires publiques, ce qui constitue une menace réelle pour la viabilité du système.

Le montant alloué à l'investissement représente 0,06% du budget de l'Etat et 18% du budget du MSP en 1995-1996. Lorsqu'on considère la modicité de cette somme et le taux d'exécution de ce budget de l'Etat de nos jours (environ 40Mà, on comprend que bien des

33 *Budget MSP, J990 -J996*

investissements ne soient pas réalisés au cours d'une même année budgétaire et soient reconduits d'une année à l'autre.

Lorsqu'on observe l'évolution du budget des médicaments on se dit que la REOSSP qui recommande le recouvrement des coûts, est venue à point nommé.

Quoiqu'il en soit, au Cameroun, le discours politique continue à prôner la nécessité de rechercher une stratégie de développement sanitaire axée sur une augmentation de la part du budget national alloué aux fonnations sanitaires en zone rurale et cela confonnément à l'un des principes de base de l'Initiative de Bamako qui exige un soutien financier substantiel des Gouvernements aux SSP. D'après ce principe, la part du budget national consacré aux services de santé de base doit sinon augmenter tout au moins rester maintenue à son niveau actuel.

2. Le Financement Extérieur[4]

Les principales sources d'aide extérieure au secteur sanitaire camerounais sont:

- les donateurs multilatéraux traditionnels (OMS, FNUAP; UNICEF; CEE etc..)
- différents donateurs bilatéraux, dont plusieurs interviennent depuis plusieurs années dans les pays - Allemagne, Etats-Unis, Belgique, France)
- et un important secteur à but non lucratif qui est constitué à la fois des ON internationales et des groupes confessionnels locaux (cf. Tableau n04 ci-après).

Tableau n0 4: Engagement par Catégories de Donateurs (en millions FCFA)

Ressources	90/91	91192	92/93	93/94	94/95	95/96	96/97	97/98	98/99
Multilatérales	64	342	1.147	1.820	1.866	2.733	2.729	2.729	2.224
Bilatérales	2.121	4.884	7.010	6.159	5.302	4.639	3.639	3.433	2.750
ONG	826	1.042	1.226	365	170	18	9		

Source: Référence 28

Lorsqu'on observe le tableau ci-dessus, on constate que les montants des engagements par catégories de donateurs extérieurs représentent une source importante de financement pour le secteur de la santé. Concernant l'aide multilatérale, l'augmentation est restées soutenue depuis 1990/1991 passant de 64 millions FCFA à 2729 millions FCFA en 1995/1996. Soit une augmentation de 42% en 6 ans.

Quant à l'aide bilatérale, elle a connu une progression entre 1990/91 et 1992/93. En 1990/91 le montant de cette aide était de 2.121 millions FCFA et 2 ans plus tard, s'élevait à 7010

34 *Document de la Banque Mondiale.. Op. Cit*

millions fCfA. Soit une progression de 3%. A partir de 1993/94, cette catégorie d'aide est en baisse constante. Cette tendance peut trouver une explication dans la crise économique qui pousse les pays à réduire le montant de l'aide aux pays pauvres, à l»afro pessimisme» et peut-être même à la qualité des rapports que le Cameroun peut avoir avec ces pays. D'une manière générale, l'analyse de ce tableau permet d'établir que les gouvernements interviennent plus par le biais de l'aide bilatérale que multilatérale.

L'engagement financier des ONG en faveur de secteur de la santé a connu un début promoteur en 1990/91 avec une enveloppe globale de 826 millions FCFA, allant jusqu'à une somme de 1.226 millions FCFA. Mais depuis 1993/95, le montant de cette aide est en chute libre (9 millions seulement en 1996/97). Cette catégorie d'aide tend même à disparaître à partir de 1997/98. Une expérience de cette situation serait la tendance actuelle des ONG à intervenir beaucoup plus indirectement par le biais des organismes d'aide multilatérale et bilatérale.

3. Financement Communautaire

Il s'agit des ressources financières qui rentrent dans les formations sanitaires et qui proviennent directement de la population sans passer par le trésor public au préalable ou des ressources en provenance de l'extérieur.

Ainsi, grâce à certaines dispositions légales et réglementaires, le recouvrement des coûts a été rendu possible, générant ainsi des recettes importantes dont une partie est gérée localement par les formations sanitaires à tous les niveaux. Il s'agit essentiellement des recettes provenant des services Médico-sanitaires et de la vente des médicaments essentiels.

une enquête sur le budget des ménages effectuée il y a une dizaine d'années au Cameroun a permis d'estimer les dépenses de santé des ménages à 100 milliards de fCFA.

une étude plus récente a permis d'estimer les dépenses totales au titre des médicaments uniquement, à 67,5 milliards de fCfA.

en 1988/89, les hôpitaux ont recouvré plus de 1 milliards de FCFA auprès des patients sur ce montant, 850 millions ont été reversés au Trésor Public et le reste a été réparti entre les membres du personnel médical. Aujourd'hui la tendance est inversée grâce à la nouvelle loi sur les recettes affectées.

Les centres de santé et les hôpitaux privés confessionnels qui fournissent de 35 à 40% des services de santé à la population pratiquent le recouvrement des coûts depuis longtemps. Dans certains centres de santé catholiques le taux d'autofinancement dû à la contribution des malades au fonctionnement desdits centres est important, allant parfois jusqu'à 85%[35]. Les données ci-dessus illustrent la capacité et la disponibilité des populations à participer au financement de

---

[35] *Service Catholique de la Santé Brochure: tous ensemble pour santé santé, 1994*

la santé, pourvu qu'elles bénéficient d'un encadrement adéquat et que les soins et les services soient de qualité. Jusqu'à l'amorce de la crise économique, l'Etat versait à ces services de santé des subventions qui, pour être très faibles (de 1 à 2% du budget d'exploitation), n'en avaient pas moins une valeur symbolique, or, il ne le fait plus depuis quelques années et les centres de santé et hôpitaux confessionnels doivent recouvrer la quasi totalité de leurs coûts et compter sur des dons pour combler leurs déficits [36]. Ces dons sont d'ailleurs devenus rares ces derniers temps.

4. Quelques Exemples du Recouvrement des Coûts

Province du Nord (Projet FAC)

Tableau *nOS*

Monitoring du financement communautaire dans un échantillon de 10 aires de santé de la Province du Nord Cameroun, pour le 2e semestre 1995 (Montant en FCFA).

Aires de Santé	Coût moyen par cas (1)	Recettes Moyennes par cas (2)	Corfficient de Majoration (3)	Recouvrement Dép. Incomp (4)	Recouvre-ment Dép. Totales (5)
1. Ngong	880	1303	1.48	1.24	1.06
2. Gaschiga	1045	1562	1.50	1.37	1.14
3. Nassarao	676	1151	1.55	1.36	1.20
4. Djalingo	676	1087	1.41	1.33	1.09
5. Paderme	675	1059	1.57	1.27	1.10
6. Adoumri	831	1141	1.37	1.22	1.00
7. Badjengo	622	966	1.55	1.22	1.02
8. Boula-Ibi	747	997	1.33	1.21	1.05
9. Langui	849	1185	1.40	1.18	1.02
10. Tontchi	1237	2036	1.64	1.52	1.03

Source: Délégation Provmczale de la Santé Publique du Nord à Garoua.

(1) Coût moyen par cas : calculé en divisant le coût total en médicament et outils de gestion par le nombre de nouveaux cas enregistrés (consultations curatives, consultations prénatales.

[36] *Document de la Banque Mondiale*

(2) Recettcs moycnnes par cas : calculées en divisant les recettes totales par le nombre de nouveaux cas enregistrés (consultations curatives, consultations prénatales, accouchements ne sont pas considérés dans ce calcul les recettes du programme enchocercose et des CPS).

(3) Coefficient de majoration: égal aux recettes moyennes par cas (recettes des consultations, médicaments,. carnets, actes) divisées par le coût moyen par cas (coûts en médicaments et outils de gestion).

(4) Niveau de recouvrement des dépenses incompressibles: égal aux recettes totales divisées par les charges obligatoires du centre de santé (coûts des médicaments et outils de gestion, salaire du commis, carburant pour le réfrigérateur et la stratégie avancée).

(5) Niveau de recouvrement des dépenses totales: égal aux recettes totales divisées par toutes les charges du centre de santé (coûts des médicaments et outils de gestion, salaire du commis, carburant pour le réfrigérateur et la stratégie avancée, autres dépenses, amortissement de la moto et du frigo).

L'analyse du tableau ci-dessus relève que la participation communautaire'au financement de la santé dans la Province du Nord est remarquable. Le niveau général du recouvrement des coûts est élevé. Dans une taille d'échantillon de 10 centres de santé intégrés de ladite Province, lorsqu'on compare les recettes moyennes par nouveaux cas et le niveau de recouvrement des dépenses incompressibles, on peut conclure que le système est viable, car l'ensemble des CSI considérés réussit un taux de recouvrement de plus de 100%.

2. Province de l'Adamaoua (projet SESA puis UNICEF)

Tableau n06 Recettes des Médicaments et autres (FCFA) hôpital de Meiganga de 1992-1995.

Exercices	Valeur CFA
1994 à 1995	16 411 140
1993 à 1994	7031 545
1992 à 1993	5059870
Total	28552555

Du tableau ci-dessus, il ressort que les diverses recettes hospitalières ont triplé entre l'exercice 1992-1993 (1992 marque le début de le réorientation de l'hôpital) et l'exercice 1994-1995. L'appui du projet SESA dans la rationalisation des services d'accueil et du circuit du patient a été déterminant dans cette évolution positive des recettes. Avant, le circuit du patient était désarticulé et donnait lieu à des fraudes multiples.

3. Financement Communautaire dans la Province du Nord-Ouest

Au Nord-Ouest, après la visite du Fonds Spécial Provincial pour la Santé (FSPS), nous nous sommes rendus au CSI de Bambili dans la Mezam. Ici, les supports informationnels sont relativement bien gérés. C'est ainsi que nous avons pu obtenir sur place un rapport détaillé des activités médico-sanitaire et de recouvrement des coûts portant sur une année entière, 1995. Les résultats dans le tableau n09 suivant.

Tableau n09 : Activités Médico-Sanitaire et Recouvrement des Coûts du CSI de Bambili en 1995.

Mois	Consul- tation curative	CPN	CPS	Rougeole Enfants 0-11 mois	Accou- chement	Revenus CFA	Dépenses CFA
Janvier	356	37	39	19	18	94000	82620
Février	287	20	26	19	18	79250	64600
Mars	338	28	40	17	19	89550	76900
Avril	413	23	34	20	16	100250	89350
Mai	390	25	31	19	14	94850	57815
Juin	266	13	32	15	27	90015	67110
Juillet	265	29	24	19	22	77 200	56165
Août	228	19	26	25	15	73050	80275
Sept.	448	19	44	17	16	87300	63305
Oct.	343	29	28	14	19	109500	59605
Nov.	312	23	23	31	22	81 000	62800
Dcc.	263	24	30	15	13	76750	47620
						1052715	**808165**

Source: CSf de Bambili

Ce tableau montre que le CSI de Bambili est bien fréquenté et que le recouvrement de coût est assez élevé. Néanmoins, l'incidence mensuelle de la rougeole chez les enfants soulève les questions concernant l'efficacité du PEY et la qualité de services.

Les divers résultats du financement communautaire obtenus dans les régions visitées dans le cadre de cette étude nous montrent que les populations adhèrent au système de recouvrement des coûts. Les populations sont pauvres certes, mais si les conditions d'accueil sont améliorées dans les structures sanitaires publique et que les soins offerts sont de qualité, les gens sont prêts à payer.

III. CADRE JURIDIQUE ET REGLEMENTAIRE[37]

Au départ, la mise en œuvre de la REOSSP s'est heurtée à l'absence d'un cadre juridique propice à la nouvelle politique. C'est dans ce contexte que les autorités se sont attelées à fixer un cadre juridique susceptible de répondre aux éléments de participation communautaire. Progressivement celui-ci a été mis en place avec la promulgation d'un certain nombre de lois et règlements portant sur :

Le regroupement de communautés par aires géographiques pour des objectifs sociaux comme la santé.

L'organisation du territoire national en districts de santé.

La participation au financement de certaines activités des districts de santé.

La gestion des districts de santé.

La politique nationale de santé.

Tous ces éléments entrent dans la définition du cadre juridique de la nouvelle politique des SSP et permettent de dégager ce qui est déjà fait et ce qui reste à faire dans la mise en place d'un cadre juridique soutenant la nouvelle politique de la réorientation de SSP.
L'élaboration de ce cadre juridique et réglementaire a nécessité la concertation entre divers intervenants tels l'OMS, le GTZ, le projet SESA, l'UNICEF et le MSP. L'activité de plaidoyer entreprise auprès du Gouvernement Camerounais par ces divers intervenants en faveur des textes législatifs régissant le système de co-financement, la décentralisation, la retenue et la gestion des recettes au niveau local, a été importante.

Enfin, l'Assemblée Nationale au cours de sa session de Décembre 1990 a adopté une loi selon laquelle toutes les formations sanitaires sont autorisées à procéder au recouvrement des coûts liés à la vente des médicaments sous leur dénomination générique [38].

A terme, ce cadre juridique devrait permettre au Ministère de la Santé de mettre en œuvre les réformes nécessitées par la REOSSP.

1. Le Bilan Juridique

s'agissant de ce qui est déjà fait, il y a lieu de retenir notamment:

37 *La Réorientation des SSP au Cameroun .... voir référence 07Z op. cil*

38 *Rapport annuel, UNICEF - Cameroun J991*

A. Les Textes Permettant le Regroupement des Communautés par Aires Géographiques pour des Objectifs Sociaux. en Particulier la Santé

Il s'agit essentiellement de :

Le loi N°901053 du 1911211990 portant liberté d'association. Cette loi a permis la participation communautaire à la santé, en reconnaissant à toute personne physique ou morale sur tout le territoire national la liberté d'association. Cette loi a servi à la création par le Ministère de la Santé, les Bailleurs de Fonds, les Municipalités, les Congrégations Religieuses ainsi que les Populations, des Fonds Spéciaux pour la Promotion de la Santé ainsi que les Comités de Santé des Aires de Santé (COSA) et des Comités de Santé du District (COSADI).

la loi n096103 du 04 Janvier 1996 portant loi-cadre dans le domaine de la santé. Il s'agit d'une loi définissant le cadre général de l'action de l'Etat dans le domaine de la santé, à travers une politique nationale de santé. Le caractère récent de ce texte ne permet pas encore d'en mesurer les insuffisances ou les avantages. Mais on peut penser qu'elle vient combler une lacune en définissant une politique globale de santé qui n'existait pas jusqu'à présent.

B. Textes et Instruments Organisant le Territoire National en Districts de Santé

Les services chargés de la mise en œuvre de la politique SSP sont organisés en Districts de Santé et délimités suivant les critères définis par:

le décret n0951013 du 0710211995 organisant le Ministère de la Santé, article 1.

la loi n096103 du 04 Janvier 1996 en son article 3.

l'Arrêté n00261AIMSPISGIDSG portant création des Districts de santé. Ce texte crée 103 Districts de Santé au Cameroun. Il ne délimite pas le territoire de chaque District, se contentant d'en donner la dénomination. D'autres textes existent qui traitent de l'organisation des Districts de Santé notamment:

le rapport n072IRMSSPSG portant sur le séminaire atelier national de délimitation des Districts de Santé au Cameroun (Bertoua : 20 - 22 Juillet 1992).

le rapport d'atelier de planification 'sur les Districts de Santé tenu à Kribi du 10 au 13 Octobre 1994[39].

39 *L'établissement du District sanitaire et son appui ....op. Cil*

C. Textes Organisant les Services Extérieurs du MSP

Décret n095/013 portant organisation du ministère de la Santé, Art n068 et 73.

- *Les services de Santé de District*

Les Districts de Santé sont placés sous l'autorité d'un Chef de Service de Santé de District. Au niveau Provincial se trouve un Délégué Provincial de la Santé qui coordonne les activités des chefs de Services de Santé de District.

- *Les Formations Sanitaires* [40]

Celles-ci sont organisées en six catégories :

1ere catégorie	Hôpitaux de Référence
2e catégorie	Hôpitaux Centraux
3e catégorie	Hôpitaux Provinciaux et Assimilés
4e catégorie	Hôpitaux de district
5e catégorie	Centres Médicaux d'Arrondissement
6e catégorie	Centres de Santé Intégrés.

Cette cinquième catégorie semble superflue et il serait plus pratique, moins lourd et plus économique de retenir 3 à 4 niveaux à savoir:

- Les CSI étant la 1ere catégorie
- Les hôpitaux de District la 2ème catégorie
- Les hôpitaux Provinciaux la 3ème catégorie
- Les hôpitaux Centraux, Généraux et CHU la 4ème catégorie

Le financement de la santé par le système est réglementé par un certain nombre de textes adaptés à chaque sujet.

D. Financement de l'Approvisionnement en Médicaments

La loi 90/062 du 19/12/1990 autorise les formations sanitaires publiques à procéder au recouvrement des coûts liés à la vente des médicaments sous leur dénomination générique. Les coûts ainsi recouvrés sont soumis à une gestion décentralisée susceptible d'assurer aux formations sanitaires un réapprovisionnement en produits et petits équipements médicaux.

E. Financement du Fonctionnement des Formations Sanitairés

Aux termes de la loi des finances n092/001 du 3 Août 1992, certaines formations sanitaires sont autorisées pour leur fonctionnement, à conserver 50% de leurs recette. La liste de

[40] *Décret: 95/04007 mars 1995*

ces fOlmations sanitaires est fixée par un Arrêté interministériel n0003/MSP/MINFI, du 22/06/1993. Par ailleurs, l'Arrêté n00002/MSP/CAB du 16/11/1994 fixe les modalités de financement et de gestion du fonds de solidarité prévu dans le cadre de la répartition des quotes-parts sur les cessions.

L'importance des textes ci-dessus énonne dans la mesure où le principe de la gestion des finances publiques au Cameroun est celui de l'unicité des caisses. C'est même une petite révolution en la matière, car il s'agit d'une concession de l'Etat faite aux communautés pour leur pennettre une certaine autonomie pour le paiement des médicaments ainsi que pour leur fonctionnement. Appuyée par une bonne gestion, cette relative autonomie financière devrait pennettre d'assurer la continuité des soins, la disponibilité des médicaments et la viabilité des fonnations sanitaires publiques.

2. Gestion du District de Santé

Gestion des Services de Santé et des Fonnations Sanitaires Publiques

Le Décret n095/040, articles 68 à 77, définit les attributions et le rôle des responsables dans la gestion des services de santé et des fonnations sanitaires publiques.

Gestion des Recettes

Un comité de gestion intitulé auprès de certaines formations sanitaires est chargé de la gestion décentralisée des médicaments essentiels et du produit de leur vente ainsi que des recettes retenues par les fonnations sanitaires publiques pour leur fonctionnement (cf. Art 13 Loi des finances n072/00 1 du 03 Août 1992, plus de Décret n093/228IMP du 15 Mars 1993) organise les comités de gestion qui ont chacun une responsabilité de la communauté cible. L'organisation et les attributions de ces comités de gestion sont définies par Arrêté nOOOI/A/MSP/CAB du 16/11/1994.

Quant aux modalités d'affectation interne par le comité de gestion, des recettes destinées aux dépenses dans les fonnations sanitaires, elles sont fixées par arrêté n0005IMSP du 15 Juillet 1994. Cet arrêté semble aller à contre courant dans la mesure où le décret n093/229 du 15 Mars 1993, fixant les modalités de gestion des recettes, marque une nette volonté de décentralisation de la gestion desdites finances, alors que l'arrêté ministériel sus-évoqué centralise plutôt cette gestion au niveau du MSP. Ce texte constitue un outil de gestion pour le comité de gestion. Ces différents textes comportent des avancées nouvelles et des aspects positifs pour le cadre juridique de la politique de réorientation des SSP.

3. Quelques Insuffisances

Politique National de Santé

Jusqu'à la promulgation de la loi n096/03 du 04 Janvier 1996 portant loi-cadre dans le domaine de la santé, les textes définissant la REOSSP au Cameroun s'inspiraient d'une simple

déclaration dite "Déclaration de Politique Nationale de mise en Œuvre de la Réorientation des Soins de Santé Primaires", signée du Ministre de la Santé Publique en date du 15 Mai 1993. D'où une certaines lenteur dans la mise en œuvre de la REOSSP. Parce que toutes les dispositions juridiques n'avaient pas été prises pour dépasser les pratiques antérieures.

Par ailleurs, le décret n095/013 du 07/02/95 énonce les éléments constitutifs d'un district de santé sans cependant indiquer les règles régissant :

les relations entre ces services de santé et les structures de participation communautaire par exemple ;

les relations entre les autorités administratives et le personnel sanitaire relevant d'une circonscription administrative différente;

la collaboration entre les aires de santé d'un district de santé, les services de santé, l'hôpital de district et les structures de participation communautaire.

La récente loi-cadre n096/013 du 04/01/1996 vient, dans une certaine mesure combler ces lacunes, mais ses textes d'applications gagneraient à être un peu plus précis pour éviter des silences et des erreurs d'interprétation préjudiciables à la REOSSP.

Produits Pharmaceutiques dans les Districts de Santé

Par décision n00381 du 15 Juin 1993 il a été institué une liste des médicaments essentiels au Cameroun. Seuls les médicaments figurant sur cette liste peuvent être prescrits dans les formations sanitaires publiques, sauf, autorisation exceptionnelles du MSP pour l'acquisition d'un médicament non inscrit sur ladite liste. Toutefois, il est à noter que la diffusion de cette liste par le niveau central reste timide.

La directive contenue dans cette décision est peu respectée dans les sites visités, les personnels continuant comme avant à prescrire des spécialités. A Garoua par exemple, nous avons enregistré le cas d'un médecin qui met en doute l'efficacité des médicaments génériques.

Par ailleurs, l'article 56 de la loi n090/035 du 10 Août 1980, relative à la profession de pharmacien interdit les dépôts de médicaments [41], ce qui signifie que les dépôts et ventes informels de médicaments sont illégaux. Or, on constate que le marché informel et les dépôts non autorisés de médicaments proposèrent. Cette situation pourrait être réglée par une Politique Nationale Pharmaceutique dont les textes sont en cours d'élaboration.

Il paraît cependant, difficile d'éliminer le marché informel sans trouver au préalable une solution juridique créant la disponibilité des médicaments dans les zones n'ayant pas de pharmacies privées. Dans l'attente de cette solution juridique, les dépôts de médicaments demeurent incontournables.

[41] *Recueil des taxtes du MSP op. Cil*

On peut dire que, malgré ses lacunes et ses insuffisances, le cadre juridique ci-dessus présenté, constitue un jalon important dans la mise en œuvre de la REOSSP au Cameroun, en ce sens qu'il fixe et définit de procédures administratives et financières pour l'opérationalité ct le fonctionnement de la décentralisation du système de santé, avec la pleine participation des communautés à tous les niveaux.

On peut aussi regretter que jusqu'à présent, seuls les niveaux intermédiaires et périphériques soient organisés à l'exception du niveau central où n'existent pas encore de structures de participation communautaire telles que prévues par la composition du Conseil Supérieur de la Santé, de l'Hygiène et des Affaires Sociales.

IV. REORGANISATION DU SYSTEME D'APPROVISIONNEMENT EN MEDICAMENTS ESSENTIELS

L'échec du système d'approvisionnement en médicaments gratuits aux formations sanitaires par la Pharmacie Centrale d'Approvisionnement, à conduit à la création en 1985, d'un organisme parapublic autonome, l'Office National Pharmaceutique du Cameroun (ONAPHARM)42. Sa mission consistait entre autres à :

centraliser les commandes de toutes les formations sanitaires publiques de produits pharmaceutiques, diététiques, chimiques;

passer et régler toute commande des produits cités ci-dessus;

garantir la disponibilité dans les meilleures conditions de prix et validité des ces produits pour promouvoir une meilleure santé publique, et contrôler la qualité du médicament importé ou fabriqué localement.

A cause d'une conception quelque peu ambiguë, l'ONAPHARM était à çheval entre une entreprise jouissant d'une autonomie budgétaire selon ses statuts et une structure publique dont la caisse était le Trésor Public. Il était tenu de verser toutes ses recettes au Trésor Public qui devait en retour régler toutes ses dépenses y compris les factures fournisseurs. Cette entreprise s'est trouvée asphyxiée dès que le Trésor Public n'a plus pu honorer ces factures. Cet organisme a été dissout en 1995.

Une Centrale Intermédiaire d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (ClAME) fonctionne à Limbe à l'initiative du MSP avec l'appui de la GTZ et de l'Union Européenne. La responsabilité d'approvisionnement en médicaments essentiels lui est désormais confiée.

L'activité d'approvisionnement en médicaments essentiels dans chaque Province est l'œuvre maîtresse des Fonds Spéciaux Provinciaux pour la Santé (FSPS) à travers les Centrales d'Approvisionnement Pharmaceutique Provinciales (CAPP) vend mes médicaments aux fournisseurs sanitaires et génère des surplus destinés à couvrir ses frais de fonctionnement et à contribuer au financement des activités du FSPS.

A leur tour, les formations sanitaires vendent les médicaments aux patients et en tirent des surplus destinés à couvrir certains de leurs frais de fonctionnement tout en contribuant au financement des activités du FSPS. Le surplus peut également servir à la motivation des personnels de santé et des membres des structures de dialogue. Le reste constitue les réserves des formations sanitaires.

42 *Recueil des textes du MSO. Imprimerie Nationale, Ydé 1993*

Il cst également à notcr quc lc CAPP Adamaoua vend ccliains consommables hospitaliers, ainsi que des pièces détachées pour frigos et motos aux formation sanitaires agréées. Le CAPP s'approvisionne en médicaments essentiels auprès de la ClAME. La dite structure ne satisfait que 45% des commandes des CAPP. C'est ainsi que les CAPP sont obligés de commander le reste des médicaments et consommables auprès des fournisseurs internationaux ou nationaux.

Cependant, le CAPP fait face à une difficulté: le Ministère de la Santé Publique exige une automation préalable avant toute commande à l'étranger ce qui constitue une réelle menace pour le système. Le MSP se montrent très restrictif quant à ce qui est de délivrer cette autorisation aux CAPP. Nos interlocuteurs provinciaux ont aussi tenu à mettre en évidence les risques pour l'avenir, si rien n'est fait pour trouver une solution rapide à cette situation.

En un mot, les CAPP se portent bien et la menace viendrait des difficultés à aboutir des autorisations d'importation de médicaments, des vente parallèles des médicaments par les personnels de santé, et le secteur informel omniprésent.

D'une manière général, la réorganisation du système d'approvisionnement en médicaments essentiels peut être considéré à juste titre comme étant un acquis précieux de la REOSSP au Cameroun.

Il faut toutefois souligner que les CAPP que nous avons visités ne respectent plus scrupuleusement la liste nationale des médicaments essentiels. Rares sont les formations sanitaires et les CAPP qui disposent de cette liste, mise à jour.

La tarification se fait en général au niveau provincial et la marge de bénéfice varie d'un produit à un autre et d'un CAPP à l'autre. Un système de péréquation est pratique sur la vente des médicaments et consommables médicaux. Ainsi, les produits chers sont vendus avec des marges plus petites et une marge bénéficiaire plus forte est réalisés sur les produits à rotation rapide et peu cher. Il serait souhaitable à ce niveau, qu'un guide national soit élaboré, pour éviter les écarts de prix importants entre les différents CAPP.

Parmi les 3 CAPP visités, les problèmes de la sécurisation des fonds communautaires et les malversations ont été soulignés. Dans l'Adamaoua et le Nord par exemple, le système de coffre forts souterrain à 3 clés semble très efficace pour la sécurisation des fonds et limite efficacement des malversations financières. Dans ce système, le commis de la pharmacie garde une clé, le trésorier ou le chef de centre une clé et la 3ème clé est détenue par le CAPP. Les recettes journalières sont mises dans une enveloppe visée par le commis et le chef du centre. L'enveloppe est ensuite glissée dans un coffre fort. L'ouverture se fait en présence des 3 détenteurs de clés à l'occasion du passage de l'équipe du CAPP. Nous recommandons vivement ce système aux autres CAPP. Notamment au Nord-Ouest, ou le système de sécurisation des fonds est moins strict et à la Province du Centre ou il n'existe pas de coffre fort dans les formations sanitaires publiques.

Comme nous l'avons déjà souligné, les autorités préalables à toute importation de médicaments et les visas exiges aux fournisseurs menacent le système d'approvisionnement en

médicaments ou plus haut point. Cette pratique tend à centraliser au niveau du MSP la commande des médicaments et expose les CAPP aux exactions d'une centralisation à outrance et d'une lourdeur bureaucratique qui nuisent au déploiement des activités des CAPP. Pourtant, les CAPP jouissent jusque là d'une réelle décentralisation. Pourquoi, donc cette tentative et volonté manifeste du MSP de revenir à un système centralisé alors que jusque là le système décentralisé marchait bien?

Le système CAPP est également menacé au Cameroun par un secteur bancaire défaillant. Une restructuration du système bancaire est donc impérative. Le CAPP du Nord Ouest a jusqu'aujourd'hui 200 millions de FCFA bloqué à la BIAO depuis le début des opérations de liquidation de ladite banque.

Les jeunes CAPP ont besoin d'appui supplémentaire pour faire face aux coûts d'amortissement du matériel roulant. Le surplus généré par la vente des médicaments ne suffit pas pour recoudre les problèmes de remplacement des véhicules. Un renchérissement du prix des médicaments est devenu difficile à envisager de nos jours surtout de la concurrence du secteur informel et des ventes parallèles de médicaments par les personnels de santé. Il n'est pas exclu que l'Etat assure un appui aux CAPP sous la forme de dotation d'investissements lourds comme l'achat de véhicule, l'aménagement de magasins etc...

V. LA PROMOTION DU PARTENARIAT ETAT-COMMUNAUTE A TRAVERS LE COFINANCEMENT ET LA COGESTION

La politique nationale prévoit le financement des activités des soins de santé primaires à travers le cofinancement, c'est-à-dire:

Le financement non communautaire réalisé à travers la solidarité nationale (budget public) et la solidarité internationale coopération bilatérale, multilatérale, ONG) et,

Le financement communautaire à travers le paiement pour les services, l'achat des médicaments essentiels, dons, legs, etc...

Le cofinancement vis à rationaliser la complémentarité entre les efforts du Gouvernement en matière des SSP et ceux souvent aussi énormes des individus, familles et communautés. Le financement sera utilisé surtout pour couvrir certains frais de fonctionnement tout en contribuant au financement des activités du FSPS. Le surplus peut servir à la motivation des personnel de santé et des membres des structures de dialogue. Le reste constitue les réserves des formations sanitaires.

La gestion du financement communautaire se fera de manière décentralisée suivant le plan d'action sanitaire locale et conforme à la politique nationale de santé d'une part et d'autre part sur la base du consensus entre deux partenaires.

L'implication des deux partenaires à la gestion constitue la gestion de cogestion qui est un moyen sur pour stimuler:

Le dialogue entre les deux partenaires (Etat et Communauté) ;

Une dynamique dialectique continuelle devant aboutir à l'utilisation rationnelle des moyens disponibles.

Comment la politique ainsi annoncée est-elle mise en œuvre sur le terrain à travers le cofinancement et la cogestion?

1. Le Cofinancement

Ici, nos observations ont surtout porté sur le financement communautaire, elles n'ont pas été possibles pour le financement de l'Etat, faute de données.

Dans le Nord, 1 Adamaoua et le Nord-Ouest, le recouvrement des coûts se fait par le paiement des actes medico-sanitaires et les médicaments. Tandis que dans les autres sites le recouvrement des coûts repose essentiellement sur la vente des médicaments. On constate donc que la où l'assiette de recouvrement est étendue aux actes medico-sanitaires, des recettes supplémentaires importantes sont générées, permettant ainsi la dynamisation des structures sanitaires par la motivation des personnels, l'appui à la stratègie avancée et l'entretien des locaux.

Le Fonds Spécial pour la Promotion de la Santé de 1 Adamaoua (FSPS/A) est une structure de dialogue au niveau provincial, créée dans le cadre du partenariat entre l'Etat et la Communauté selon les dispositions contenues dans la Déclaration de Politique Nationale du MSP sur la réorientation des soins primaires.

Le FSPS Adamaoua est né le 04 Juin 1994, à la suite d'une Déclaration d'intention des membres des comités de santé des districts réunis en Assemblée Général Constitutive à Ngaoundere. Les deux organes du Fonds sont l'Assemblée Générale (AG) et le Comité de Gestion Provincial (COGEPRO) qui en est une émanation.

Les membres de l'Assemblée Générale sont des personnels de santé de chaque district (médecin chef de district), un représentant des communautés de santé de district (président du COSADI), un représentant du MSP, un représentant du projet ou des projets intervenant dans la Province: des représentants des professions medico-sanitaire, un représentant des œuvres confessionnelles et privées, le Délégué Provincial de la santé, un député de la majorité parlementaire et un député de l'opposition parlementaire. C'est l'organe de prise de décision présidé par le Gouverneur de la Province.

Quant au COGEPRO, c'est l'organe d'exécution et de suivi présidé par le Délégué Provincial. Les structures de dialogue (COSA-COSADI-COGEPRO) existent à tous les niveaux du système mais les entretiens avec certains de leurs membres ainsi que la consultation des comptes-rendus de réunions montrent une certaine incompréhension de la part. des représentants de la communauté de ce qu'est leur rôle dans ces structures. On peut ainsi douter du pouvoir réel de ces représentants des communautés dans la prise de décision. Il est tout de même intéressant de relever que les structures de dialogue fonctionnent indépendamment des chapelles politiques dans la mesure on, d'après les déclarations d'un membre actif du COGEPRO : "la santé est au-dessus des clans, on ne fait pas la politique à la santé".

2. La Cogestion

En ce qui est de la cogestion, les Provinces de l'Adamaoua et du Nord-Ouest nous servent d'exemples à suivre. En général, la formation des représentants des communautés est insuffisante, pour une bonne compréhension des mécanismes et une implication réelle dans la prise de décision. Dans le Nord-Ouest cependant, la plupart des représentants des communautés sont bien formés. Ce sont généralement des fonctionnaires retraités ou encore en activité dont l'influence dans la prise de décision est réelle.

Des membres des structures de dialogues rencontrés conforment leur élection démocratique ainsi que leur implication dans le processus de prise de décision. Il sont aussi majoritaires a l'Assemblée Générale ou leur voix est prépondérante. Une lecture des comptes-rendus des réunions permet le contact que les représentants de la communauté sont actifs dans les débats surtout en matière de programmation, de distribution, d'utilisation du surplus et de la confection du budget. C'est ainsi que les représentants des communautés ont décidé d'augmenter le budget de la supervision pour favoriser la formation des structures de dialogue.

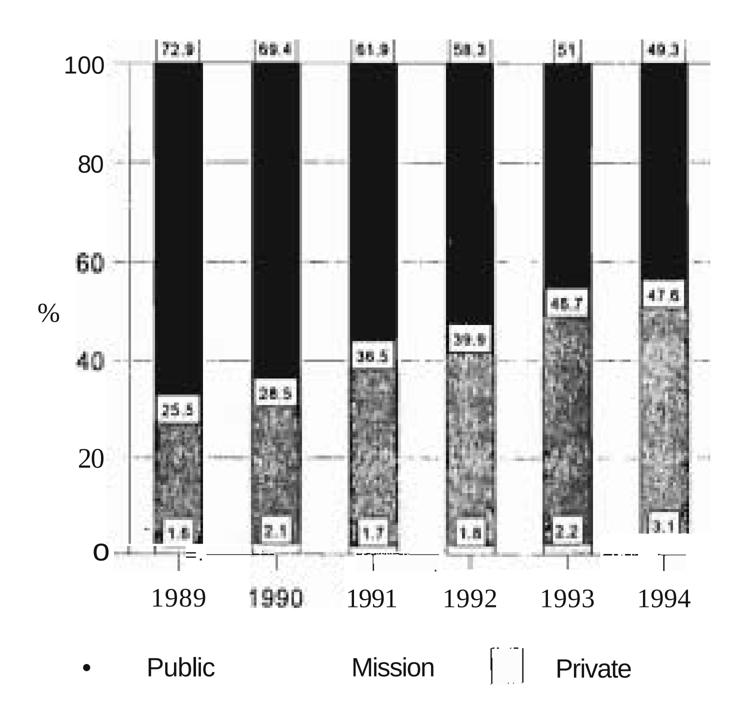
Dans le Nord et l'Adamaoua la nécessité de contrôler le commis (qui est issu de la communauté) n'est pas encore bien comprise par les populations. Car dans ces régions, un commis est rarement poursuivi en cas de malversations. A Obala par exemple, il existe un conflit de compétence entre les divers membres des structures de dialogue (président du COSADI contre président du COGE, commis contre trésorier). En définitive, la notion d'auto-responsabilisation telle que définie dans la politique nationale, n'est pas encore comprise.

L'investissement humain, pourtant recommandé dans la politique nationale comme composante de la participation communautaire, n'est que timidement pratiqué dans les sites que nous avons visités. Exception faite cependant du Nord-Ouest, où par exemple à PINYIN, le CSI a été construit par les populations locales avec l'appui financier des ressortissants locaux vivant à l'extérieur.

3. Les Relations entre le Secteur Sanitaire et les Privés Confessionnels

La politique nationale de santé prévoit 'l'intégration des formation sanitaires privées confessionnelles dans le système de santé de district. Alors que les négociations pour préciser les modalités de coopération entre les deux secteurs piétinent, certains hôpitaux confessionnels (catholique, protestants etc...) jouent deja le rôle d'hôpital de référence dans leur district. Il reste une certaine méfiance des prives-confessionnels en ce qui concerne la délimitation des aires de santé et de cogestion.

Fig. 2 : Consultation dans les Formations Sanitaires. Tendance dans les Secteurs Public, Missionnaire et Prive (Province du Nord-Ouest)



Source: HMIS+C.Bunge, Bamenda 1994

Le graphe ci-dessus montre les tendances de l'activité de consultation dans la Province du Nord-Ouest entre le secteur public, missionnaire et privé de 1989 à 1994. Il met en exergue l'action positive du secteur privé confessionnel dans la couverture sanitaire du Cameroun.

VI. EQUITE ET ACCESSIBILITE AUX SOINS

La loi-cadre n093/03 du 04 Janvier 1996, stipule (art 4) que la politique nationale de santé est basée sur les grands principes suivants:

- L'accessibilité universelle aux soins essentiels;

  la qualité à travers le développement des districts de santé ainsi que d'un système de référence et contre référence ;

  la rationalisation des infrastructures sanitaires et des équipements techniques ainsi que leur régionalisation;

- la protection et la promotion de la santé des groupes vulnérables et défavorisés, notamment les femmes, les enfants, les adolescents, les personnes du troisième âge, les indigents et les handicapés.

Cette loi-cadre est sous-tendue par un objectif de recherche d'équité et d'accessibilité aux soins des plus démunis, mais les décrets d'application qui devaient préciser les modalités de sa mise en œuvre sont toujours attendus.

Sur le terrain, nous avons constaté que la réflexion sur les indigents se poursuit mais la tendance général va vers une prise en charge de l'indigent par la solidarité familiale. Dans le Nord-Ouest pour l'instant, on ne reconnaît que l'existence des indigents temporaires, pour lesquels a été crée un Fonds d'Urgence, il sert aux évacuations sanitaires et soins d'urgence. Les familles des bénéficiaires sont tenues au remboursement des dépenses ainsi effectuées.

Dans l'Adamaoua aussi, la réflexion est engagée dans 4 directions : les indigents permanents, les indigents temporaires, les indigents fortuits et les indigents de "pool-d'urgence" dans le cadre d'une assurance-maladie. A propos du "pool-d urgence" une étude est en cours auprès d'une compagnie d'assurance à la demande de l'Assemblée Générale du Fonds Spécial Provincial.

Il est a noter qu'avant la loi-cadre précitée, le législateur camerounais avait prescrit que les communes consacrent 10% de leur budget pour les besoins sociaux (éducation, santé, prise en charge des indigents etc...) Mais dans le contexte actuel caractérisé par la rareté de l'argent, on peut bien se demander combien de communes peuvent prendre une telle responsabilité alors qu'elles ne sont plus en mesure de faire face aux charges salariales de leurs personnels. Il faut également souligner que les critères de désignation de l'indigent ne sont pas encore clairement définis.

D'une manière générale, les structures de dialogue considèrent que le prix abordable des médicaments est déjà une mesure d'aide significative aux indigents.

VII. LES TENDANCES ET L'EVOLUTION DE LA COUVERTURE SANITAIRE PAR LA REOSSP AU CAMEROUN

La politique de REOSSP est adoptée au Cameroun en 1989, mais sa mise en application officielle n'a été matérialisée qu'en mai 1993, par la signature d'une Déclaration de Politique Nationale de mise en œuvre de la REOSSP du Ministre de la Santé Publique. Déjà en juillet 1992, s'est tenu un atelier de délimitation des districts de santé à Bertoua[43]. Lors de ces assises, les critères de délimitation des districts et aires de santé ont été débattus et les premières propositions faites.

Malheureusement, cette mise en œuvre semble se faire de façon disparate et non coordonnée par les intervenants, chacun dans sa zone. Mais, comme l'a précisé le Ministre Joseph Mbédé: «La REOSSP c'est la politique nationale de santé et les divers intervenants agissent, non pas de façon dispersée, mais dans le cadre de cette politique et les divers projets s'inscrivent dans ce cadre global fixé par le gouvernement».

Voici quelques exemples illustrant ces interventions.

1. Le Projet CIM (Centre d'Instruction Médicale) Maroua

C'est un projet belgo-camerounais pour appuyer les SSP dans le Département du Diamaré dans l'Extrême-Nord. Initié en 1981, le projet avait 3 objectifs principaux à savoir:

- Construction d'une école pour fom1er des infinniers qui devraient gérer les centre de santé dans l'esprit des SSP recommandés par Alma-Ata,
- Développer une infrastructure de 15 à 20 centres de santé basés sur les principes des SSP. Les infinniers fonnés dans cette école devraient faire fonctionner lesdits centres avec la participation des communautés,
- Rationaliser l'acquisition et la distribution des équipements médicaux. La participation communautaire devait se matérialiser sous fonne de cofinancement, cogestion,
- Développer et rationaliser un hôpital pour servir comme hôpital de référence (2e échelon) en vue d'assurer la continuité des soins,

43 *La REOSSP, document GTZ op. Cit*

Le degré de réalisation des objectifs du projet CIM se présente comme suit:

- Les infirmiers formés étaient affectés dans tout le pays sans respecter l'objectif du projet qui était de les garder sur place en vue de faire fonctionner un système modèle de soins de santé primaires intégrés,

- Les centres de santé ont intégré les 8 composantes des soins de santé énoncées à Alma-Ata,

- L'accent a été mis sur une recensement exhaustif des populations de chaque aire de santé,

- Le développement des manuels et outils de gestion pour chaque activité,

- La constitution des manuels et outils de gestion pour chaque activité,

- La constitution de dossiers familiaux au centre de santé,

- Un suivi rigoureux des malades chroniques (lèpre tuberculose) par le biais d'un échéancier,

- Le développement et l'utilisation des ordinogrammes pour les soins curatifs,

- Pour les activités préventives telles que la CPN, CPS des taux forfaitaires par épisode ont été institués,

- La stratégie avancée était mise en place pour les populations éloignées des centres de santé,

- Des comités de santé étaient formés pour sensibiliser les populations et participer à la gestion des CS!. Les commis desdits centres étaient sélectionnés par les comités ainsi formés et rémunérés par ceux-ci,

- Concernant le développement de l'hôpital de Maroua et un manque d'appui du niveau central ont conduit à l'abandon de cette composante du projet.

On peut dire que la REOSSP au Cameroun s'est beaucoup inspirée du modèle des centres de santé développés par le projet CIM. Les outils de gestion développés par ce projet ont été adoptés par beaucoup de projets de développement sanitaire ultérieurs. L'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers qui a assuré la supervision technique de ce projet a beaucoup influencé la Politique Nationale de REOSSP au Cameroun[44].

44 Voir à ce sujet: Pierre Mercenier, le rôle du Centre de Santé dans le contexte d'un système de santé de district basé sur les soins primaires, Institut de Médecine Tropicale. version Janvier 1988

2. La Coopération Allemande (GTZ)

L'accord du 29 mai 1981 entre le Gouvernement Allemand et le Gouvernement Camerounais a prévu un appui au développement des SSP au Nord-Ouest notamment la formation des Agents de santé communautaires, la réhabilitation des centres de santé surtout l'activité de laboratoire et le développement des propharmacies. C'est ainsi que des postes de santé villageois ont été créés.

En 1985, un nouvel accord permet à la GTZ d'étendre ses activités d'appui aux SSP dans le Sud-Ouest. En 1987, la GTZ étend ses activités au Littoral. Cette extension a surtout concerné la réorientation des CSI, la création des centres d'acquisition et de distribution des médicaments essentiels. Avec l'avènement de l'Initiative de Bamako, la GTZ commence la formation des personnels et la réorientation des centres de santé suivant le modèle de la REOSSP au Cameroun. La GTZ a aussi installé une unité de maintenance des équipements au Nord-Ouest.

L'utilisation des centres de santé dans la province du Nord-Ouest est globalement satisfaisante en raison de la disponibilité des médicaments. Cette disponibilité est le fruit d'une longue tradition de la pratique de la propharmacie, apparue depuis les armées 80 et qui a favorisé l'accès aux médicanlents dans les villages. Il faut cependant signaler que la couverture sanitaire est entravée dans certaines parties de la province par l'absence de structures sanitaires des aires de santé pourtant officiellement délimitées.

3. L'UNICEF

Les programnles de coopération de l'UNICEF en faveur des enfants au Cameroun ont été caractérisés dans le passé (1974-1985) par un faible montant des engagements financiers (en moyenne $ 400.000 E.U par an) et par un large éventail d'interventions. La concentration des efforts n'a commencé qu'avec le lancement de la "Révolution pour la Survie et le Développement des Enfants" (RSDE) à l'issue de la réunion interrégionale qui s'est tenue à Naïrobi en février 1994.

L'année 1986 peut être considérée comme l'année de démarrage du programme visant à atteindre les objectifs de la RSDE. L'appui aux activités de vaccination couvrait tout le territoire. Pour la mise en œuvre de la REOSSP, l'UNICEF appuyait les provinces de l'Ouest, de l'Est, du Centre et a pris la relève du projet SESA dans le Sud et l'Adamaoua lorsque USAID a brusquement arrêté ses activités d'appui en 1994.

Le district sanitaire d'Obala dans le département de la Lékié a servi de lieu d'apprentissage de l'action de l'UNICEF en ce qui concerne la mise en œuvre du paquet minimum des activités sanitaires. En effet, le paquet minimum a été observé et analysé dans les CSI de Yernessoa et Ekabita.

A Yemesoa, les activités menées au centre de santé concernent les consultation curatives, les CPN, les CPS, les accouchements, la vaccination, l'TEC, et la pesée des enfants. Les outils

de gestion sont bien tenus. La stratégie avancée est bien programmée sur une période de 2 mois. Les médicaments sont fournis par le CAPP avec quelques ruptures signalées au début d l'implantation de cette structure. Les graphiques de monitoring sont bien affichés au centre de santé. Le recensement des populations n'a pas été fait et l'on note l'absence de dossiers familiaux. Il n'existe pas de politique en faveur des indigénts.

A Ekabita par contrc. la situation est tout à fait différente. Le centre de santé intégré est tenu par un agent de l'Etat faisant office de chef de centre, sans formation d'infirmier. Il est assisté d'un commis. Les activités du centre se limitent à la consultation curative et à la vaccination. Il n'existe ni graphique de monitoring des activités, ni latrines, ni fosse à ordures. Un ordinogramme existe mais n'est pas utilisé. On a donc affaire ici en réalité non ç un CSI mais à un dispensaire. Le paquet minimum n'y étant pas réalisé. Dans les 2 CSI, la prise en charge et le suivi des maladies chroniques (lèpre et tuberculose) ne sont pas assurés.

Le tableau récapitulatif u monitoring ci-dessous (tableau n(lO) montre les principaux résultats de couverture des activités Médico-sanitaires pour le semestre allant du 1er septembre 1995 au 29 février 1996 dans le district sanitaire d'Obala. D'une manière générale, nous pouvons dire que la couverture des activités reste à améliorer. Des efforts considérables sont à faire dans ce domaine.

Tableau n° 10: Récapitulatif du Monitoring des formations sanitaires du District de santé d'Obala : (semestre du 1er sept. 1995 au 29 février 1996)

Formation sanitaire	PEY couv. eff %	CPN couv.cff %	Soins Curat. %	Budget semestr.	Qualité du Traitement	Nbre réunions CaSA	Appréciation générale
CSIOtibili	41.5	10	53.5	363620F	16/20	2	Progrès
CSI Batchenga	11.3	14.5	46.5	729150F	17/20	2	Négatif
CSI Nkolmekok	13.7	9.3	45.1	447025F	19120	2	Passable
CSI Ekabita Essele	Privé laïc						Bonne collaboration
CSI Nkometou	Privé Confessi-onnel						Bonne collaboration
CSI Ekabita Mendoum	81.4	2.4	55.9	295951F	20/20	00	Passable
CSI Kouadcng	Prvé Confessi-onnel						Bonne collaboration
CSI Edinding	6.37	9.52	24.2	730000F	02/20	1	En baisse
Hôp. A.L. Efok	Privé 'Confessi-onnel						Bonne collaboration
CS) Essong	80.6	25.5	30.4	720000F	1	1	Progrès en couv. Attention au CA
CSI Yemessoa	51.1	39.7	41.7	1326165F	15/20	6	Progrès
CSI Elig-Mfomo	Privé Confessi-onnel						Bonne collaboration
CMA Elig-Mfomo	24	1.5	1	00	1	00	Gestion mauvaise
CSI Nkcngue	51	50.8	42.5	1200000F	11/20	13	Progrès
CSI Nkolossan	15.8	17.7	0.15	720000F	5/20	00	Passable
CSI Komo-Essele	48	00	0.06	650000F	4/20	3	Progrès
CSIObala	57.6	27.2	12.3	1526232F	20/20	Progrès	Progrès
Hôp. District Obala	Le système de recouvrement des coûts mis en place mérite d'être renforcé						

Source: Service de santé de district d'Obafa

Globalement, nous pouvons retenir que le district sanitaire d'Obala n'est que théoriquement réorienté et qu'il est en butte à de nombreuses difficultés : supervision inadéquate en raison du manque de véhicule, paquet minimum non existant dans certaines structures, affectation désorganisée des personnels réorientés, mauvais fonctionnement des structures de dialogue, désintéressement des élites aux problèmes de santé, appui éloigné de l'UNICEF. En réalité, le district semble être victime de l'incompréhension des rôles respectifs du Ministère de la Santé et de l'UNICEF qui semble se renvoyer mutuellement la balle, quant au soutien matériel à apporter au fonctionnement du district.

4. L'USAID

A travers le projet "Santé des Enfants du Sud et Adamaoua" (SESA), l'USAID a commencé en 1987 le développement des activités sélectives de SSP dans les deux provinces du Sud et Adamaoua. Le projet était basé dans les délégations provinciales de la santé du Sud et l'Adamaoua et à la Direction de la Médecine Préventive et Rurale (DMPR) du MSP.

Le projet a surtout développé les composantes suivantes: développement des Fonds Spéciaux Provinciaux de Santé du Sud et Adamaoua, politique de recouvrement des coûts, système d'approvisionnement en médicaments et consommables, système d'information sanitaire national (NHMIS) ainsi que la réorientation progressive des centres de santé intégrés jusqu'au départ brusque de l'USAID en 1994.

Concernant l'Adamaoua, on peut dire d'une façon générale, que malgré un système d'approvisionnement en médicaments efficace et un assez bon suivi des chroniques, la qualité des services laissent à désirer. Pour l'année 1994, l'utilisation de la consultation curative varie entre 10% et 20% pour la plupart des centres. La consultation préscolaire (CPS) entre 10% et 60%. la consultation prénatale (CPN) entre 10% et 50%. La couverture en vaccins antirougeole (Rouvax) entre 10% et 20%.

Pour ce qui est de la couverture le délégué provincial affirme que depuis août 1996, près de 80% de la population de la province est couverte en REOSSP si on s'en tient à la population des aires réorientées. Malheureusement ces aires sont généralement très vastes, couvrant parfois un rayon de plus de 50 km (par exemple : District Nyambaka) rendant ainsi l'accessibilité géographique à certaines formations sanitaires difficiles. Même par le recours à la stratégie avancée se révèle insuffisante. On déplore en outre l'absence de CSI-urbains.

Au moment de la cessation des activités de USAID commençait la réorientation des activités de l'hôpital de district de Meiganga.

5. Le Projet Fond d'Aide et de Coopération (FAC)

Le projet de la coopération Française (FAC) débute en fin 1991 avec pour domaine d'application toute la province du Nord. Il s'appuie sur trois composantes:

Composante 1 : Appui à la Délégation provinciale de la santé publique,
Composante 2 : Appui à la l'Hôpital provincial (HP) de Garoua
Composante 3 : Appui à la mise en place de la réorientation des SSP au niveau du district de santé.

La première phase s'est terminé en 1994 avec pour résultat entre autres, la construction de le Délégation provinciale, la réhabilitation de l'hôpital provincial, la mise en place progressive du paquet minimum dans les centres de santé, la formation de l'équipe-cadre de la Délégation provinciale et de l'hôpital provincial, la formation des équipes-cadres des centres de santé et des comités de santé, la création du Fonds Spécial Provincial pour la Santé et la fourniture en moyen logistique pour la supervision, le monitoring, les dépenses concernant les études et prestations diverses (177.500.000 FF).

L'appui à la Délégation provinciale est effective: rénovation des locaux, équipement des bureaux, formation en SSP sur place et à l'étranger des personnels de santé, mise sur pied du CAPP, pour améliorer l'approvisionnement provincial en médicaments essentiels génériques et autres consommables.

Appui à l'hôpital provincial

On note ici quelques travaux de réhabilitation entre autres, réhabilitation du système d'alimentation en eau, du circuit électrique, relationalisation du circuit du patient, réorganisation du système de la comptabilité matière, rationalisation des services techniques (médecine chirurgie, laboratoire etc...).

Appui à la mise en œuvre des soins de santé primaires

La REOSSP s'est faite par un approche globale. L'introduction du paquet minimum s'est faite centre de santé par centre de santé. Chaque centre étant totalement réorienté avant le centre suivant et ainsi de suite. Aujourd'hui, la presque totalité des 70 centres de la province ont été réorientés. Le centre de santé de Tontchi offre effectivement le paquet minimum avec la stratégie avancée. Les échéanciers pour un suivi adéquat des malades existent dans le CS! de Tontchi et sont bien utilisés.

L'hôpital de district de Figuil a été réorienté depuis 1991. Des travaux de réfection et un début de rationalisation des activités Médico-sanitaires ont été entrepris. Le plateau technique (équipements médico-chirurgicaux) reste encore élémentaires et ne répond pas aux critères standards définis au séminaires de Bafoussam. La référence des malades des CS! à l'hôpital se fait, mais la contre-référence de l'hôpital au centre de santé ne suit pas.

Evolution de la couverture sanitaire

Le monitoring semestriel assure un bon suivi des activités et une microplanification des dites activités, ceci grâce à l'impressionnant matériel roulant fourni par le projet-FAC.

Malgré une augmentation de la fréquentation des centres de santé, le niveau d'utilisation reste bas. Les statistiques des derniers monitoring de 1994 et 1995 illustrent cette faible utilisation. Moins du tiers des centres de santé enregistre un taux d'utilisation supérieur à 30% en CPS et un taux plus bas en CPN et consultations curatives. Le taux de couverture vaccinale des enfants de 0 à Il mois reste inférieur à 33%, et le taux de dépistage des chroniques (lépreux et tuberculeux) est très inférieur à ce que l'on est en droit d'attendre (225 cas sur 1500 à 3000 attendus). Il semble donc bien exister un déficit en termes de qualité des prestations. Ceci peut s'expliquer par le fait que depuis le début du projet, l'aspect quantitatif (réorienter le plus grand nombre de structures possibles comme prévues dans les différentes phases du projet) est resté prioritaire et que l'effort a surtout porté sur le suivi du fonctionnement et de la gestion des centres. On peut y ajouter des causes dues à une faible sensibilisation des populations, par ailleurs encore prisonnières des facteurs culturels qui entravent l'acceptabilité de la médecine moderne.

6. Projet Jura-Suisse-Cameroun

Le projet Jura-Suisse-Cameroun a pour objectif principal l'amélioration de l'état de santé des populations du département de la Mefou Afamba avec un effort particulier pour les plus démunis. La 1ère phase de 1992-1994 a vu les réalisations suivantes: formation du personnel de santé et sensibilisation de la population, installation d'un système d'approvisionnement régulier en médicaments essentiels à coûts accessibles à la majorité de la population, la réorientation des centres de santé intégrés et la mise en place progressive des composantes essentielles des SSP y compris les activités promotionnelles comme la construction des puits et latrines dans les écoles et formations sanitaires. La 2ème phase de consolidation est en cours avec les mêmes objectifs.

Les graphiques de monitoring sont systématiquement affichés dans les centres de santé intégrés, donnant à ceux-ci un cachet particulier. La maîtrise et la bonne tenue des outils par les personnels de santé est remarquable. Les ordinogrammes sont régulièrement consultés. On peut cependant regretter l'absence des copies de rapports de supervision. Les observations des superviseurs sont plutôt consignées dans un registre à caractère administratif tenu par le chef du centre. Il ressort des rapports et graphiques de monitoring que les taux de fréquentation des formations sanitaires en soins curatifs sont 74% en 1994 et 64% en 1995 nettement supérieurs donc aux taux nationaux estimés entre 20% et 40%.

La 1ère consultation prénatale varie entre 31% et 87%, la 3e CPN oscille entre 31% et 42% excepté pour l'hôpital de district de Mfou 111%. Le pourcentage des femmes qui accouchent dans les formations sanitaires est très bas, environ 25%. Concernant la couverture vaccinale, le taux est proche du taux national, autour de 55%. Poli03, supérieur au taux national 50% contre 40%). Le traitement de la lèpre et la tuberculose est subventionné par le projet mais il est regrettable que le taux d'abandon reste très élevé, environ 40% malgré l'effort de récupération des malades perdus de vue par les coordinateurs des SSP. Une intégration effective dans les centres de santé pourrait améliorer la couverture des chroniques.

Le projet Jura-Suisse-Cameroun est un projet qui met la plupart des composantes de la REOSSP en pratique. Contrairement à ce qu'on a vu ailleurs, ce projet a beaucoup fait dans le domaine de la promotion de la santé (IEC et hygiène et assainissement). Cependant, des efforts restent à fournir dans la rationalisation du 2e échelon pour permettre le développement de l'activité de référence contre référence. Comme les autres projets, le projet Jura-Suisse-Cameroun laissera un vide qu'il faudra combler. Autrement dit, il se posera le problème de la continuité de l'appui matériel, technique et logistique à la fin du projet.

7. Le Projet d'Appui aux Services de Santé par l'Union Européenne

Ce projet est entré en scène en 1995, sa durée est de 4 ans, son budget est *8,5M.* ECU; le projet est financé par le Fonds Européen de Développement (FED). Le projet comporte 3 composantes:

- Appui institutionnel au niveau central et dans les délégations provinciales
- La réorientation des SSP et réhabilitation des infrastructures sanitaires dans quelques districts non appuyés par les autres intervenants dans les zones suivantes:

  Province de l'Ouest (Districts sanitaires de Baharn, Foumbot, Penka-Michel)

  Province du Centre (Districts sanitaires de Bafia, Okala, Mbalmayo).

  Province de l'Est (Districts .sanitaires de Batouri, Mbang, Ndélélé):

Ce projet apporte également un appui à la mise en place de la CENAME (Centrale Nationale des Médicaments Essentiels).

8. Le Projet Santé, Fécondité, Nutrition

Il s'agit d'un projet réalisé par l'Etat Camerounais sans appui technique extérieur sur un emprunt d'Etat auprès de la Banque Mondiale. Ce projet se propose de développer 18 districts sanitaires dans les provinces de l'Ouest, l'Est, et Centre. Il envisage aussi:

Un appui institutionnel au Ministère de la Santé
Une restauration des formations sanitaires publiques dans ses zones d'intervention.

Il est aussi à signaler que le projet met l'accent sur la mise en œuvre de la REOSSP en zone urbaine notamment dans les grandes villes de Yaoundé et Douala. Le coût de la 2ère phase du projet est estimé à 44 millions de dollars E.U.

En vérité, à l'heure actuelle, il n'existe pas de carte de couverture sanitaire nationale en REOSSP au Cameroun. Le Ministère de la Santé vient de solliciter l'appui de l'UNICEF dans le cadre d'une étude à l'échelle nationale pouvant éventuellement déboucher sur l'établissement d'un tel document. Par ailleurs, si les données de couverture de quelques rares intervenants sont disponibles (ex Jura-Suissi-Cameroun et l'UNICEF), ces informations partielles ne peuvent permettre d'établir, à l'échelle nationale, une carte de couverture. Une étude sommaires de l'UNICEF donne pour l'année 1995, la couverture nationale répartie par province (voir tableau n(5 ci-dessous). Les tableaux 5 et 7 (ci-dessous) donnent également une idée sur la couverture de 1991-1995 et quelques données épidémiologiques pour la période. On y note que le taux de complétude de déclaration des activités vaccinales est à améliorer.

<u>Tableau N° Il: Couverture du Cameroun en SSP intégrés en 1996</u>

Province	Population Total	FS Publiques Réorientées	Population	Couverture % par FS publiques	Nbre. FS Privées réorientées	Population	Couverture % par FS Privées réorientées
Adamaoua	590.870	48	415.073	70	18	87.660	15
Centre	1.764.391	65	533.535	30		56	25
Est	637.721	18	174.625	27	26	164.140	26
Extrême Nord	1.906.754	77	827.113	43	35	395.734	21
Littoral	2.088.342	25	178.271	30	35	81.605	13
Nord	680.787	58	586.889	86	3	18.332	2
Nord-Ouest	1.308.046	112	933.642	71	21	126.005	JO
Ouest	1.527.583	13	104.159	7	44	370.181	24
Sud	476.655	42	289.822	61	36	44.791	9
Sud Ouest	817.012	29	256.056	31	40	321.436	39
Total	11.798.161	487	4.299.185	36	314	2.060.341	17

Source: MSP
FS =formation Sanitaire
Nbr. = Nombre

D'après ce tableau n05, la couverture en REOSSP par les formations publiques est très faible surtout dans ies provinces de l'Est, de l'Ouest et du Littoral. La couverture national par les formations sanitaires publiques est de 36% et de 17% par les formations sanitaires privées professionnelles. Il est à noter que ces dernières ont une longue tradition dans le recouvrement des coûts. Il faut également souligner qu'elles ne pratiquent pas la cogestion malgré une certaines participation communautaire.

9. Intégration de la lutte contre l'onchocercose dans les SSP

Cette activité est menée dans le district sanitaire de Sangmélima et la province de l'Adamaoua. A Sangmelima, il s'agit de :

évaluer le projet de lutte contre l'onchocercose comme porte d'entrée des interventions de soins de santé primaires.

et d'analyser l'intégration de la lutte contre l'onchocercose dans les activités des SSP.

Le projet a eu du succès dans la mesure où, il a effectivement constitué un véritable catalyseur pour l'implantation des SSP. Pour le Chef de santé de district, "Le succès du projet onchocercose, constitue bien le preuve que les SSP peuvent réussir à travers un projet bien mené". Grâce à ce projet, le centre de santé de Mezesse, pourtant non réorienté, bénéficie d'une quantité importante de médicaments qui accompagnent le "Mectizan", ainsi que des supports de gestion appuyant la distribution dudit médicament. Le Centre de Santé de Mezesse bénéficie aussi d'un système de recouvrement des coûts. Ce soutien du projet a permis de redynamiser les autres activités des SSP, telles que: la CPN, CPS, IEC et la vaccination.

L'intégration de la lutte contre l'onchocercose a été bien menée dans le CSI d'Akon ainsi que dans les activités de la PMI où il existe une unité spécialisée. Malheureusement, à la fin du projet en 1994, la distribution du "Mectizan" dans ces formations sanitaires est devenue très passive, le personnel ne prenant plus l'initiative de proposer ce médicament aux patients. Aujourd'hui, le produit n'est plus proposé qu'aux patients qui en font la demande. La couverture des populations-cibles en 1995 est inférieure à 10%, ce qui est un indicateur d'un mauvais suivi des populations et relance le débat sur la nécessité de réactiver les distributeurs communautaires.

Dans l'Adamaoua, "L'International Eye Foundation" est en train d'appuyer la délégation provinciale dans la lutte contre l'onchocercose par la distribution du "Mectizan" dans les centres de santé. Ce projet en est encore à la 1ère phase de formation des personnels. Les responsables provinciaux jugent inadéquate la politique qui consiste à limiter la distribution aux centres de santé, compte tenu des distances qui séparent les divers centres de santé dans la province ainsi que l'absence de centres de santé dans certaines aires de santé. Ces responsables jugent incontournable l'implication des distributeurs communautaires.

Conclusion

La couverture nationale par les formations sanitaires publiques est de. 36% et de 17% pour les formations sanitaires privées confessionnelles qui ont une longue tradition dans le recouvrement des coûts (déjà pratiqué avant la mise en œuvre de la REOSSP).

Puisque chaque intervenant agit dans une zone choisie, le façon plus ou moins indépendante, on a l'impression que la couverture du Cameroun en REOSSP ne progresse pas de façon harmonieuse. La coopération française (FAC) met l'accent sur un développement global

de toute la pyramide sanitaire y compris le développement des hôpitaux. l'USAID puis l'UNICEF ont surtout mis l'accent sur le développement du 1er échelon. La GTZ a aussi développé le 1er échelon, en faisant du médicament la pierre angulaire de son système. JURA-SUISSE a pour objectifle développement d'un district de santé dans la Mefou et Afamba par, la mise en place progressive des composantes essentielles des SSP, accompagnée des activités de promotion de la santé.

Comme on le voit, il y plusieurs intervenants avec des objectifs spécifiques et l'on a l'impression qu'il s'agit d'une REOSSP à plusieurs vitesses.

Quelques problèmes demeurent cependant sur le terrain. Si nous avons constaté que la notion de CSI décrite par la REOSSP semble être respectée par tous les intervenants, il faut néanmoins reconnaître que, d'une manière générale, les responsables affirment qu'il est difficile à partir de cette notion d'assurer la couverture des populations périphériques et isolées.

Dans les provinces du Nord, de l'Adamaoua, certains centres de santé sont très éloignés les uns des autres, ce qui rend leur accessibilité difficile, situation que ne saurait régler la stratégie avancée préconisée dans la REOSSP. La stratégie avancée se heurte d'ailleurs, dans certaines régions du Nord-Ouest par exemple à l'absence ou la rareté des motocyclettes, obligeant les populations isolées à assurer elles-mêmes le déplacement des personnels de santé en stratégie avancée.

Par ailleurs, l'absence de développement du 2è échelon c'est-à-dire hôpitaux de district fragilise la mise en œuvre de la REOSSP dans la mesure où le plateau technique n'y est pas satisfaisant, ce qui oblige les malades à parcourir de longues distances sur de mauvaises routes' pour pouvoir se faire soigner, là où il y a des soins de qualité.

CHAPITRE IV

LECONS APPRISES DE LA MISE EN OEUVRE DE LA REFORME

Introduction

La REOSSP au Cameroun est une réforme de tout le système sanitaire du pays. Le cadre de la REOSSP va bien plus loin que l'Initiative de Bamako, qui en définitive ne peut être considérée que comme étant une des composantes de la REOSSP. Bien que le premier objectif de cette étude ait été d'étudier le processus de mise en œuvre de la REOSSP, débordant ainsi le cadre de l'Initiative de Bamako il est rapidement apparu que l'occasion était opportune d'en tirer des leçons propres à influencer positivement le processus de mise en œuvre de cette réforme. Ainsi chaque partie à l'étude a permis de dégager au moins une leçon précise.

I Un contexte favorable à la mise en œuvre

La vitesse de mise en œuvre de la REOSSP est dépendante du contexte social, économique et politique.

Contexte socio-économique national

La crise économique a accélérer la prise de conscience des hommes politiques et des populations sur la nécessité d'une réforme du système sanitaire national. D'une part, l'Etat ne pouvait plus faire face à la demande de services des populations. Il avait cessé de payer le juste salaire au personnel sanitaire, il n'entretenait plus convenablement ses infrastructures, il ne fournissait plus les médicaments aux formations sanitaires etc etc… D'un autre côté, le pouvoir d'achat des populations avait considérablement baissé avec des conséquences immédiates sur leur état de santé. Il a donc fallu faire rapidement prendre des mesures correctrices.

Contexte socio-cuIturellocal

Des prédispositions particulière des groupes et des régions peuvent largement contribuer aux progrès de la réforme. L'exemple des populations de la Province du Nord-Ouest est remarquable à cet égard. En effet, la prise en charge communautaire des problèmes sociaux comme la maladie, les investissements à caractère communautaire etc y est un phénomène culturel. De même a-t-on remarqué qu'un peu partout les indigents étaient plus ou moins pris en charge par les communautés.

II Le rôle [illegible] l'[illegible] du Ministère de [illegible] Santé

Une volonté nationale est indispensable pour mener à bien cette réforme. L'autorité publique et politique doit y être acquise et fermement engagée dans sa conduite. Elle doit être le catalyseur de la réforme.

Compte tenu du nombre et de la diversité des intervenants dans cette réforme, le Ministère de la Santé Publique doit à chaque fois, s'impliquer totalement dans la supervision et la coordination afin d'éviter une fausse note par rapport à la Politique Nationale.

L'Etat doit maîtriser l'extension de la couverture en jouant un rôle de modérateur entre les insuffisances et l'abondance dans la répartition des offres des services de santé dans les différentes régions.

De même, le manque de motivation du personnel sanitaire ne permet pas d'assurer les différentes tâches qu'exige le fonctionnement du système de santé. D'autre part, l'extrême mobilité du personnel de santé est un facteur négatif dans le processus de mise en œuvre de la réforme.

III Cadre Juridique.

Une définition précise du cadre juridique et une réforme administrative, structurelle et technique conséquentes du système sanitaire sont des facteurs décisifs pour la mise en œuvre de la politique de réorientation des soins de santé primaires.

Un cadre juridique propre et adapté au contexte doit redéfinir les relations entre tous les intervenants impliqués dans la réforme (l'Etat, la communauté, les coopérations, les ONG etc). De même, une réforme de la carte administrative sanitaire doit tenir grand compte des données non seulement techniques, mais aussi sociologiques et culturelles pour être acceptée et avoir des changes de succès. Il faut une approche souple, évitent tout rigidité qui peut nuire aux sensibilités des uns et des autres.

IV Partenar at national

L'implication des populations n'est pas une chose évidente en soi, elle doit s'acquérir. Un accent particulier doit être mis dans la sensibilisation et la formation. Le simple principe énoncé de la participation des communautés aux activités sanitaires ainsi qu'à la gestion des ressources n'est pas suffisant. Les populations quelque soit leur culture, leur niveau social, doivent véritablement être engagées dans le processus pour lui assurer un bon résultat et une certaine pérennité. L'implication des populations et la mise en œuvre de la politique est un processus de longue haleine. De plus, le bénévolat demandé aux agents communautaires n'est pas une attitude réaliste. Il faut un minimum de motivation pécuniaire ou matérielle.

Malgré une certaine amélioration des services, une partie de la population reste excJue du fait de sa situation économique défavorable et de son éloignement des formations sanitaires. Il faut donc adopter des stratégies "spéciales" en plus de la stratégie avancée pour atteindre ces

exclus. De même en ce qui concerne l'accès aux soins il faut une nouvelle approche pour la participation des populations aux frais.

Un partenariat plus large doit exister pour s'attaquer aux problèmes de santé publique qui se posent et qui ne peuvent pas être pris en charge par le secteur sanitaire seul. Il devient par conséquent indispensable d'impliquer les services communaux, ceux de l'environnement, de l'agriculture, de l'éducation, des affaires sociales et économiques.

V Partenariat étranger

L'apport de la coopération internationale (bilatérale et multilatérale) a été déterminant dans la mise en œuvre de la réforme, en particulier par ses apports financiers, logistique et technique.

La leçon fondamentale du partenariat étranger est que celui-ci est important. Il ne devrait être ni inéluctable, ni indispensable. Il existe pour le renforcement des capacités nationales dans le cadre des orientations données par l'Etat.

VI Intervention confessionnelle

L'exemple des formations sanitaires confessionnelles illustre la capacité et la disponibilité des populations à participer au financement de la santé, pourvu qu'elles bénéficient d'un encadrement adéquat et que les soins et les services soient de qualité.

Cette intervention devrait continuer à inspirer et les autres partenaires en ce qui concerne la gestion des services surtout en zones enclavées et défavorisées. Elle devrait s'intégrer harmonieusement dans le processus de la réforme et profiter de ses acquis.

Une complémentarité objective de tous ces partenaires peut être fort utile dans la poursuite de la réforme afin de capitaliser les acquis et l'expertise des uns et des autres.

VII Stratégies de mise en œuvre

A partir des lieux différents, les intervenants se sont attaqués au processus de réforme, chacun selon ses moyens et sa vision ou sa prédilection. Les résultats n'ont pas été extraordinaires. Il n'ont pas été négatifs non plus. Aussi peut-on dire que la réforme peut être engagée de façon modulée selon les moyens et les compétences dont on dispose. Elle peut se

faire soit à partir du niveau central, par des études stratégiques, soit en se situant au niveau périphérique, soit au niveau intermédiaire.

Au niveau opérationnel, la mise en œuvre s'est aussi faite de façon différente. Certains intervenants ont commencé par la sensibilisation, d'autres par la formation des cadres et agents d'encadrement, d'autres encore par les activités d'hygiène publique, ou bien par le biais d'un programme prioritaire (lutte contre la lèpre, l'onchocercose etc...).

Dans les régions où la population est particulièrement clairsemée, il est beaucoup trop difficile d'atteindre toutes les populations avec la stratégie avancée telle qu'elle est pratiquée en ce moment compte tenu des moyens disponibles. Il faudrait donc adopter des stratégies spéciales où 80% des services de santé seraient offerts en dehors du centre de santé par exemple."

VIII Dispositions pour la pérennisation

Les apports techniques des partenaires à travers la recherche, le développement des modules d'exécution et de formation ainsi que l'appui logistique et matériel ont permis d'initier et de faire avancer le processus de réforme. Des résultats positifs ont été obtenus. Il s'agit de les pérenniser en continuant à offrir aux populations un service de qualité continu. Pour ce faire une partenariat doit être maintenu entre les populations et les services de santé, les demandeurs et des offreurs de services.

Afin de pérenniser ce partenariat et le rendre plus fort et digne d'intérêt pour les populations, il faut que l'engagement des communautés au niveau des aires de santé, se retrouve à tous les niveaux. De telle manière qu'elles se sentent participer véritablement au processus décisionnel qui les concerne. C'est concrètement ce que permet le Fonds Spécial pour la Santé (FSPS).

Grâce à la structure du Fonds Spécial, l'approvisionnement en médicaments est assuré à travers les CAPP, ainsi que la participation communautaire à travers les COGERPRO. Les Fonds Spéciaux constituent de véritables creusets de décentralisation et de démocratie locale. Mais, ce rôle du Fonds n'est possible que si les populations sont bien formées, vraiment impliquées, ont des véritables leaders d'opinion et enfin si la notion de participation est ancrée dans les mœurs comme on l'a observé dans le province du Nord-Ouest.

La délégation provinciale du Nord-Ouest où le partenariat a abouti depuis longtemps déjà à ce stade a, par exemple, mis sur pied une unité de maintenance des équipements techniques grâce à cette structure qui par ailleurs, veille à la qualité des services offerts sur l'ensemble de la province.

L'expérience de la province du Nord par contre, pose le problème de l'après projet. Le projet FAX était prévu en 2 phase. Une première phase de 36 mois déjà achevée et une 2ème phase dite de consolidation, en cours d'exécution. Après ces deux phases, il est prévu que le

projet se poursuive sans appui extérieur. Cette perspective est envisagée avec beaucoup d'inquiétude par les responsable publics provinciaux et ceux du projet.

En effet, étant donné les moyens très importants mis pour acquérir des véhicules et autres matériels indispensables à la mise en œuvre du projet, l'une des appréhensions réside dans la maintenance et le remplacement de ce matériel après la fin du projet. Du même coup, la supervision et le monitoring qui dépendent de ces importants moyens de déplacement sont mis en question voire hypothéqués.

Ainsi, on peut dire que les conditions de pérennisation des acquis d'un projet doivent être considérées comme des critères de succès de celui-ci.

IX Existence d'une masse critique des personnes acquises et formées en Santé Publique

Une certaine priorité doit être accordée à l'enseignement de la santé publique dans le cursus de formation des professionnels de la santé dans les institutions spécialisées du pays. En effet, il a été remarqué des les personnels de santé ne sont pas toujours acquis aux principes de santé publique. Ils sont souvent les premiers freins à la réforme, n'acceptant pas le partage des responsabilités avec les communautés, ignorant même la notion de médicaments essentiels sous forme générique e!c... Aussi apparaît-il nécessaire de disposer d'un personnel déjà préparé et sensibilisé pour s'intégrer harmonieusement dans le système camerounais de santé.

X Qualité des services

Il a été constaté que la progression de la couverture sanitaire n'allait pas toujours de paire avec la qualité des services offerts. On peut avoir un niveau de couverture élevé sans une qualité comparable des services mêmes si ceux-ci sont disponibles. En effet, l'accueil des malades dans les formations sanitaires est souvent négligé, leur prise en charge parfois défectueuse, leur suivi incertain, la référence et la contre référence mal assurés. Les taux de couverture vaccinale restant bas, les taux de mortalité élevés etc... Les raisons sont nombreuses. Tout cela veut simplement dire que l'offre de service de qualité est un autre volet matériel de qualité, de personnel bien formé, d'une communauté engagée pour dispenser des prestations de même niveau.

CONCLUSION

En définitive, la REOSSP est en marche au Cameroun. Le problème est celui de l'opérationalisation de cette Politique Nationale de Santé. Comme le dit si bien le Représentant

Résident de l'OMS au Cameroun: "Le Cameroun a déjà inventé la roue, il faut faire tourner. Il faut concrétiser les résultats des séminaires **sous** fomie d'un plan national sanitaire en précisant les mécanismes d'opérationalisation des diverses activités". Les leçons ci-dessus devraient pennettre de poursuivre à grande échelle et plus rapidement cette réforme dans le cadre d'un plan national de développement sanitaire.

CHAPITRE V

RECOMMANDATIONS

A la suite de cette étude une série de recommandations a été dressée. Elles couvrent presque toutes les parties analysées. Ainsi, il esÙecommandé:

A. Concernant la réorganisation administrative, structurelle et technique

1. L'abandon des considérations exclusivement politiques dans la création des districts de santé, pour ne s'en tenir qu'à des critères techniques de viabilité et d'opérationalité.

2. La fixation précises des limites territoriales du district de santé dans son acte de création, qui ne doit plus se contenter de n'indiquer que sa dénomination.

3. L'approfondissement du processus de décentralisation des ressources humaines, financières et matériels.

4. L'introduction d'un minimum de connaissances en SSP à tous les niveaux de formation des personnels de santé, pour permettre une adaptation et une opérationalisation immédiate dudit personnel.

5. La sécurisation accrue des stocks de médicaments et des fonds, en s'inspirant pour les médicaments, du modèle du Nord-Ouest (utilisation des grilles de protection) et pour les fonds de l'exemple de l'Adamaoua (l'utilisation des coffres forts souterrains à 3 clés différentes), ainsi que le recours systématique comme au Nord-Ouest, à un avocat chargé d'ester en justice, pour des cas de malversations et détournements.

6. L'autonomisation des fonds provinciaux speCIaux par la suppression des autorisations d'importation et la révision à la baisse des coûts des visas d'importation des médicaments.

7. L'affectation au niveau provincial de la procédure du contrôle de la qualité des médicaments, afin de raccourcir les délais d'approvisionnement et éviter les ruptures de stocks.

8. L'intégration effective de toutes les activités des SSP dans les formations sanitaires du 1er échelon.

9. Le renforcement du plateau technique des hôpitaux de district pour permettre à ceux-ci de jouer véritablement leur rôle d'hôpitaux de référence.

10. L'opérationalisation rapide du nouveau système d'informations sanitaires élaboré au niveau central, pour permettre aux acteurs de la REOSSP de disposer des données permanentes et actualisées, nécessaires au suivi de la mise en œuvre de la REOSSP.

Il. L'harmonisation au niveau central des outils de gestion et procédures pour une maîtrise des activités Médico-sanitaires par le personnel de santé, susceptible dès lors de travailler partout dans le pays.

12. La redynamisation de la structure nationale de coordination pour la mise en œuvre effective de la REOSSP en vue de concrétiser et d'opérationaliser un plan national de développement sanitaire, inspiré de la politique nationale de santé.

B. Concernant la couverture sanitaire des populations en REOSSP

1. Une réflexion sur la couverture sanitaire effective des populations périphériques et isolées des formations sanitaires, Réflexion basée par exemple sur les cases de santé villageoises, supervisées par les CSI, les postes de santé satellites tenus par des personnels de santé subalternes, dépendant des CS!.

2. L'inclusion du développement du 2e échelon par les divers intervenants dans leur stratégie de REOSSP, dont l'absence fragilise la mise en œuvre de la REOSSP.

3. L'implication effective du Gouvernement aux côtés des divers intervenants extérieurs dans le choix des moyens à mettre prioritairement en œuvre afin d'éviter les problèmes de l'après-projet et en assurer l'appropriation absolue des projets par l'Etat Camerounais et leur poursuite avec les moyens nationaux.

4. La mise en œuvre par tous les intervenants de manière concrète, de la promotion de la Santé à travers l'IEC, la construction des latrines et des puits d'eau de démonstration dans les formations sanitaires et les écoles. Suivant en cela l'exemple du projet Jura-Suisse-Cameroun.

C. Concernant le cofinancement et la cogestion

1. L'implication des populations locales et des originaires vivant hors de leur régions d'origine, dans le financement des infrastructures sanitaires de leurs localités respectives. Soit par l'investissement humain soit par une contribution matérielle et financière.

2. L'extension comme au Nord-Ouest, de la pratique de recouvrement des coûts à d'autres actes Médico-sanitaires, pour éviter au seul médicament de constituer la source unique de recettes.

3. La prise de mesures concrètes pour assurer la motivation des représentants de la communauté, comme dans le district sanitaire de Mfou (mesures d'exemption en faveur des membres des structures de dialogue et leur famille).

4. L'intensification d'une formation appropriée des membres des structures de. dialogue, en vue de redynamiser celles-ci, et de leur faire jouer pleinement leur rôle.

5. La poursuite en vue de leur aboutissement, au niveau provincial, des négociations engagées avec les privés confessionnels dont le rôle est incontournable dans la réalisation d'une couverture sanitaire nationale adéquate, en attendant qu'un consensus national soit atteint à ce sujet.

D. Concernant le problème de l'équité

1. La poursuite de la réflexion sur l'équité au plan national, provincial et local, en vue de proposer des mesures concrètes pour la prise en charge des indigents.

2. La constitution d'un fonds d'urgence, en prévention des catastrophes et autres épidémies graves.

BIBLIOGRAPlDE SELECTIVE

ETUDES **ET PUBLICATIONS**

1. B. Dujardin: "Les Politiques de district de santé", Santé Publique, 19,94, 6e année, n04, pp 339-335.*

2. Rainer Sauerborn, Claude Bodart, René Owona Essomba: "Recovery of recurrent health service costs through provincial health fund in Cameroon", Soc. Sei. Med, 1995; 40: 1731-39.

3. René Owona Essomba, Malcolm Bryant, Claude Bodart : « The reorientation of Primary Health Care in Cameroon : Rationale, Obstacles and Constraints Il, Health Policy and Planning, 1993 ; 8(3) : 232-39

4. Wankah Christian: « Implementing the district health system in Cameroon : The rôle of the medical faculty ", Public Health Specialisation Dissertation N° 19/93. International Public Health School. Brazzaville, 1989, polycopié.

5. « Accélérer l'instauration de la santé pour tous les Africains Il par MONEKOSSO G.L., Bureau Régional OMS, Brazzaville, 189, polycopié.

6. « Evaluation rapide de l'Initiative de Bamako dans le cadre de la politique sanitaire du Cameroun », Bureau UNICEF, Yaoundé, 1994, polycopié

7. Généralités sur les soins de santé primaires et notions sur la gestion du programme par le Ministère de la Santé » Brochure, Ministère de la Santé 1983, Yaoundé.

8. «Recueil des textes du Ministère de la Santé Publique" Imprimerie Nationale, Yaoundé, 1993.

9. « Guide National de Supervision à l'usage des responsables du système de Santé au Cameroun, » Ministère de la Santé, Yaoundé, 1996, polycopié.

10. « Manuel d'instructions du système d'approvisionnement pharmaceutique provincial Il,Document Projet MSP/SESA Yaoundé, 1994, polycopié

11. « La Réorientation des soins de santé primaires au Cameroun, » Doc. 1/1/89 du Ministère de la santé, polycopié.

12. « La Réorioentation des soins de Santé Primaire au Cameroun : La Problématique de sa réglementation et son cadre juridique Il, Document du Projet GTZ Yaoundé, 1995, polycopié.

13. « L'INITIATIVE DE BAMAKO: Reconstruire les Systèmes. de Santé Il (Unité de gestion pour l'initiative de Bamako), UNICEF, 1995

14. « Programme National des Soins de Santé Primaires» Brochure, Ministère de la Santé, Yaoundé, 1979.

15. « The Challenge ofImplementation District Health Systems for Primary Health Care," World Health Organisation, Geneva.

II. RAPPORTS ET NOTES DIVERS

16. « Appui à la Santé publique au Cameroun. Renforcement du système sanitaire de la province du Nord-Cameroun. Mission d'évaluation (du 28 février au 15 mars 1995) Rapport final organisation internationale de coopération pour la santé (OICS Medicus Mundi), polycopié

17. « Appui à l'hôpital Général de Yaoundé"
Renforcement du système sanitaire de la province du Nord Cameroun
Appui à l'hôpital de Douala
Appui institutionnel au Ministère de la Santé Publique. « Rapport de présentation, Ministère de la Coopération et du Développement Comité Directeur du Fonds d'Aide et de Coopération, polycopié

18. « Bureau de Zone de Yaoundé (République du Cameroun et République de Guinée Equatoriale)", UNICEF, Rapport annuel, 1988, Yaoundé, Cameroun polycopié.

19. « Coopération Technico-Médicale. Cameroun-Jura-Suisse. Projet de soins de Santé Primaires ", Coopération Cameroup-Jura-Suisse. Polycopié

20. « Coopération Technique OMS/CAMEROUN 1984-1993, Yaoundé, 30 Novembre 1994. Organisation Mondiale de la Santé, Bureau de la Région Africaine, Représentation de l'OMS au Cameroun, polycopié.

21. « Enquête d'Evaluation de l'impact de l'introduction du paiement des actes et des medicaments sur l'utilisation des centres de santé, le coût d'un épisode de maladie et la mortalité infantile, dans la province du Nord Cameroun" Mission Française de coopération technique et culturelle, polycopié

22. « Expériences in Primary Health Care in Cameroon". projet germano-camerounais sanitaires du premier échelon ", National Health Management Information System (GTZ) Ministère de la santé publique, polycopié.

23. « Fiche de collecte de données pour le rapport mensuel d'activités des formations sanitaires du premier échelon », National Health Management Information System (NHMIS) Ministère de la Santé Publique, polycopié .

24. « Health Sector Reform : The Cameroon Experience", Ministère de la Santé Publique Yaoundé, Cameroun, polycopié

25. « Projet d'appui aux services de santé » Cameroun-Union Européenne, DSA-Santé-FED, polycopié

26. « Projet de Renforcement du système sanitaire de la province du Nord du Cameroun ». Ministère de la coopération et du développement, octobre 1990, polycopié

27. « Rapport Annuel 1989. Octobre 1988 - Octobre 1989» UNICEF, Septembre 1989, polycopié.

28. « Rapport d'évaluation République du Cameroun, Projet, santé, fécondité et nutrition» Document de la Banque Mondiale. Rapport N° 12348-CM, Division de l'Océan indien, Région Afrique, polycopié.

29. « Revue à mi-parcours du programme de coopération. Gouvernement/Unicef 1991-1995 Soins de santé primaires intégr.és/initiative de Bamako », octobre 1995 polycopié.

1111 COMPTES-RENDUS DE SEMINAIRES

30. « Community health -training workshop for health district representatives of the North-West and South-West Provinces of Cameroon », Bamenda 12-16 Sept. 1994, Workshop Report, MOPHlGTZ, polycopié

31. « La structure, l'organisation et la gestion de l'hôpital de district au Cameroun », Rapport d'un séminaire national tenu du 19 au 24 avril 1993 à Bafoussam, GTZ-Ministère de la santé, polycopié

32. « l'établissement du district sanitaire et son appui par l'échelon central du Ministère de la Santé Publique », Atelier travail du 4 au 13 octobre 1994 à Yaoundé et à Kribi, GTZ, polycopié

33. « Provincial workshop on the improvement of communication and collaboration with emphasis on job description », Bamenda, 13th-17th March 1995, GTZ MINSANTE, polycopié

34. « Report on a one day seminar workshop on PHC Re-Orientation for Parliamentarians from the NWP », Bamenda, 28th december 1994, MOPH (Provincial Delegation NWP) - GTZ, polycopié.

35. « Report on the seminar on communication of Health information for media practitioners », Bamenda, NWP), 07th December 1995, MOPHlGTZ, polycopié

36. « Report of the Interregional meeting on Strengthening District Health Systems Based on Primary Health Care », Harare, Zimbabwe. 3 to 7 August 1987, World Health Organisation Geneva, polycopié.

ANNEXE A

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

1. NORD (Garoua, Figuil)

- Bassirou Mawoudou, Major Médecine, Hôpital Provincial, Garoua
- Bouba Betche, Chef CSI, Tontchi
- Bouba Tatti, Chargé de PEV, Figuil
- Damba Samuel, Vice-Président COSADI, Figuil
- Dawaï Tonzon, Secrétaire COSADI Bidzar
- Dr Dawaye Ousmanou, Directeur, Hôpital Provincial, Garoua
- Djabou Dawaï, Matrone, CSI Tontchi
- Dr Djibrilla Kaou B., Délégué provincial de la Sanré, Garoua
- DjibriUa Wilwine, CBS, Figuil
- Garibal Jean-Claude, gestionnaire FCA, Garoua
- Garou Oumaroudjamu, Trésorier COGE, Tontchi
- Dr Gotingar André, Médecin Chef départemental, Guider
- Haman Bello, Secrétaire COSA Tontchi
- Haman Dawaya, Commissionnaire aux comptes, COGE, Tontchi
- Haman Nezin, Infirmier, Chef CS Figuil
- Haman Taïdi, Président COSADE, Figuil
- Djenon Thérèse, Surveillante générale, Hôpital Provincial, Garoua
- Oyié Ottou Mathieu, Chef station CRTV, Garoua
- Palouma Laurent, Président COGEDE, Figuil
- Rougeon Laurence, A.F.V.D., Garoua
- Dr Size Mefo Henriette, Pédiatre, Hôpital Provincial, Garoua
- Dr Souaïbou, Chef Service provincial Pharmacie, responsable CAPP Nord
- Soure Mathieu, secrétaire COGE, Tontchi
- Tchuen Stanislas, usager Hôpital Provincial, Garoua
- Vondou David, Comptable-matières, Hôpital Provincial, Garoua
- Dr Wazeh Stephen Atanga, Chef Service Santé District, Figuil
- Wadale Hadoua, Planning Familial, Hôpital Provincial, Garoua
- Wadiere Zoutane, Service Réanimation, Hôpital Provincial, Garoua
- Yagouda Abdoulaye, Chef Service Médecine Communautaire, Garoua
- Yada, Commis CSI, Tontchi
- Yanne Marie, Usagchefer, CSI, Tontchi
- Yene Ossomba, Préfet de la Benoué, Garoua

II. ADAMAOUA (Ngaoundéré, Meiganga, Kalaldi)

- Abba Iliassa, chef Traditionnel, Président COSADI Vina, membre actif COGEPRO
- Dr Ashu, Médecin-Chef, Hôpital de District Meiganga

- Bakari Paul, Trésorier COGE Kalaldi
- Barou Alhadji, Usager, CSI Kalaldi
- Iya Nyande, Econome, Hôpital de District, Meiganga
- Lamido de kalaldi
- Dr Mbam Mbam, Délégué Provincial de la Santé, Adamaoua
- Dr Nouest Koma, Chef de Service Santé, District de Meiganga
- Dr Salpou Daniel, Médecin-Chef, Hôpital Protestant, Ngaoundéré
- Dr Tsawo 2, Médecin, Meiganga
- Yari, Usager, Hôpital, Meiganga
- Yazi Paul, Assistant au chef CSI, Kalaldi
- Yele Beaunot, Chef Service Médecine Communautaire, Adamaoua

III. NORD-OUEST (Bamenda, Santa, Pinyin, Bambili)

- Awa D.M., Président COGE, Santa, Membre Assemblée Générale du COGEPRO
- Buma, Responsable du Fonds Spécial Provincial
- Ewane David, Chef Centre de Santé, Bambili
- Dr Ghogomu, Délégué Provincial Santé, Bambili
- Dr Ndah Emmanuel, Chef Service Santé, District de Santa,
- Médecin-Chef Hôpital District Santa
- Ndinga, Community member (COGEPRO)
- Numfor, Chef Service Financier et Administratif
- Wenfor Céline, Chef CSI, Pinyin

IV. SANGMELIMA (Mezesse)

- Mme Akoumba, Major PMI
- Dr Engamba Célestine-Félicité, Médecin-Chef PMI
- Engolo Patrice, Chef CSI Mezesse
- Medjo Emmanuel, Chef Bureau Santé
- Dr Nisso, Mdedcin-chef, Hôpital de District, Sangmélima
- Dr Nsom Mba, Chef Service Santé, District de Sangmélima
- Ze Charles, Usager, CS d'Akon

V. MEFOU et AFAMBA (Mfou, Essazok, Ndangueng)

- Dr Nda Marna, Médecin-Chef, Hôpital de District, Mfou
- Nkodo Foé Cosmas, Chef de 2ème Degré, Ndangueng
- Nnang Bidoung Evariste, Chef CSI a.i. d'Essazok
- Tsefack Jean, Chef CSI, Ndangueng

VI.OBALA (Yemessoa, Ekabita)

- Menye Onana Simon, Chef CSI, Yemessoa
- Mimfede Bela, Chef Bureau Santé
- Nga Roger, Commis, Yemessoa
- Ngono Jean-de-Dieu, Chef Centre santé, Ekabita
- Dr Nono, Chef Service santé, district d' Obala

VII. YAOUNDE

- Sœur Antonia, Infirmière-chef Dispensaire de Mimboman
- Dr Atangana Simon
- Ateba Charles, UNICEF Yaoundé
- Bene Bene, infirmier chef, Dispensaire Communal d'Oza
- Dimi Désirée, Responsable PMI, Hôpital Djoungolo
- Dr Dorothy Lee, Responsable des SSP, Hôpital Djoungolo
- Dr Eder R., Directeur National, Service Catholique de la Santé
- Dr Guy Imboua-Bogui, Représentant de l'OMS
- Dr Lebga Yiva, UNICEF Yaoundé
- Prof. Mbede Joseph, Ancien Ministre de la Santé
- Dr Ncharre Chouaïbou, Sous-Directeur des SSP au MSP
- Dr Ndjitoyap Makouet Pauline, Direction de la Pharmacie au MSP
- Dr Ngufor Georges, Chef Division des Etudes et Planification au MSP
- Dr Nkwaté Charles, Sous-Directeur, Hygiène Publique et Assainissement, MSP
- Ntangsi Joseph, Banque Mondiale

ANNEXE C

GUIDE D'ENTRETIEN

Nom et Prénoms: _________________________________

Sexe:_________________________________

Age: _

Statut!Fonction : _________________________________

Les sujets qui suivent ont été identifiés sur la base des termes de référence généraux élaborés par l'UNICEF. Ces 'sujets ont été conçus en fonction des réalités camerounaises, et pour servir de fil conducteur aux entretiens sur les sites de recherche. Dans chacune des rubriques ci-dessous, l'enquêteur s'est employé à obtenir des informations relatives aux aspects suivants:

Ce qui a marché ou n'a pas marché dans la mise en œuvre de la REO/.SSP et pourquoi
Le rapport entre les politiques énoncées et leur mise en œuvre sur le terrain
Les difficultés et les obstacles auxquels la REO/SSP est confrontée
Les perspectives d'avenir
Après les entretiens, nous avons consulté divers registres des activités, les rapports d'activités, les graphiques de monitoring. Ensuite, nous avons observé l'état physique de la formation sanitaire.

1. <u>Les changements induits par la REO/SSP</u>

Depuis la mise en œuvre de la REO/SSP, qu'est-ce qui a changé?
Changements dans les infrastructures sanitaires
Changements dans les mentalités et les comportements du personnel
Changements dans les prestations du personnel
Autres changements?

2. <u>Le fonctionnement du Fonds Spécial Provincial</u>

Les structures et organes
Modes d'élection (élections)
Rôle et Importance des représentants de la communauté dans le processus de prise des décisions (empowerment)
Rapports avec l'Administration
Comment envisage-t-on l'avenir des CAPPP par rapport à la CENAME et aux directives du MSP ?

3. La décentralisation

Comment perçoit-on et vit-on la décentralisation?
Quels pouvoirs la décentralisation a-t-elle donnés aux niveaux intermédiaire et périphérique?
La décentralisation est-elle une fiction ou une réalité:
- au niveau des recettes affectées
- au niveau de la gestion et de l'affectation du personnel, etc.

4. La participation communautaire

Son niveau, son importance et son degré d'adhésion
Comment les bénéficiaires perçoivent-ils la participation communautaire et la REO/SSP?
Difficultés auxquelles se heurte la participation communautaire?
Comment l'améliorer?
Comment fonctionnent les structures de dialogue? Leurs membres ont-ils été formés?
Rôle des femmes

5. L'indigence et l'équité

y a-t-il une politique en faveur des indigents?
Qu'est-ce que l'indigence ?
Existe-t-il des mesures en faveur des indigents sociaux?
Qu'envisage-t-on de faire à l'avenir?

6. Le système d'information sanitaire

Existe-t-il ?
Comment fonctionne-t-il ?
Quelles sont les conséquences de l'absence d'un système d'information sanitaire?

7. Partenariat Etat/Communauté

Cadre juridique?
Rapports de collaboration
Rapports de conflit. Les griefs vis-à-vis de l'Etat
Rôle des privés et confessionnels.

8. Evaluation du rôle des intervenants

Comment le rôle de l'intervenant est-il perçu par les responsables et les bénéficiaires sur le terrain?
Que lui reproche-t-on ?

Que suggère-t-on que l'intervenant fasse pour améliorer ses prestations sur le terrain?
Quel avenir par les projets?
Comment est jugée l'intervention de l'Etat en termes de contribution financière et matérielle au fonctionnement des structures de santé (surtout depuis la crise économique)?

9. La *REO/SSP* à l'épreuve des réalités: obstacles et difficultés

Obstacles d'ordre: juridique, culturel, matériel, financier
Problèmes référence/contre référence
etc.

10. Autres sujets

ANNEXED

TERMSOFREFERENCE

Country Case Study on Reorientation of Primary Health Carc in Cameroon

Background

- Initiative of the Research and Evaluation Section of UNICEF New York
- About 10 countries to participate in the exercise, with 8 in Sub-Saharan Africa
- The Ministry of Health and UNICEF regard the exercise as a uniqueopportunity to produce a useful tool for all actors involved in the process

1. For Cameroon, the Bamako Initiative (BI) is generally regarded as a strategy of the reform process which in effect is termed - The Reorientation of Primary Health Care. This entails the reorientation ofthe national health system to ensure the goal of « Health for All ».

11. UNICEF is only one amongst several actors involved in the reform process

with different approaches but all which contribute towards a rich mosaic of possibilities in implementation.

111. Presently, coverage in the application of the policy reform is 30%.

IV. New partners are entering the scene to implement health reforms, notably the World Bank.

v. An evaluation was recently carried out end 1994-1995 but focused specifically on UNICEF supported areas and those zones recently acquired by UNICEF for support.

The case study will not have a narrow focus on UNICEF intervention, but intends to provide a « birds eye » view of the approaches employed nationally.

VI. Non-existence of comprehensive or systematic documentation of the reform process charting the evolution of major determinants and lessons learned

Purpose

In light of the above, the country case study for Cameroon will serve to document the process of implementation of primary health care reform throughout the country, in order to produce an instrument of advocacy for the Government in its attempts to go to scale.

Objective

The objective of the study will be to examine the process of implementation of the policy on the reorientation of primary Health Care in Cameroon, focusing specifical1y on :

a. the administrative, structural and technical reorganization of the health system

b. the legal framework supporting the system

c. the evolutionary trends in coverage

d. the development of a national health management information system (NHMIS)

e. reorganization of the drug procurement system

f. the promotion of partnerships with communities through co-financing and co-management, emphasizing the degree of acceptance and adherence by beneficiaries

g. equity and accessibility to health care

Specifie aspects and zones to be studied

Whilst the focus is general1y on those aspects cited above, they are expected to serve as a framework for more specifie analysis on determined areas of interest. These areas are chosen to reflect the differing experiences in implementation, by region and by donor assistance. On the basis of this, the focus will be on :

- Community participant, cost recovery, essential drugs provision, the Provincial Health Fund and intermediate level management in Bamenda, North West Province which is GTZ supported.

- The provincial drug system (CAPP), National Health Management Information System (NHMIS), Provincial Health Fund (FSPS) and district hospital management in the Adamaoua province (Meiganga and Ngaoundere), having initially been supported by USAID and more recently by UNICEF.

- Essential health package and first level management in UNICEF supported zones in the Centre province (Obala).

- Health district development in Jura-Swiss supported Mfou area.

- Independent PHC experiences in religious community health centres in the Centre Province (Hopital EPC Ndjoungolo & Dispensaire Catholique Mimboman, Yaounde); A rural or peri-urban community health centre, randomly chosen.

- The Onchorcerciacis project as an entry point for PHC intervention in Sangmelima, South Province.

- Experience of donor assistanceby French Cooperation covering the entire North Province.

Expected Outcome

To possess a document which gives an indication of the present situation with regards to the evolutionary trends in the implementation of the reorientation of primary health care in Cameroon.

The document will comprise two parts of which :

A. A narrative report, detailing situation with policy implementation, on the chronological deve10pment of major events, an exhaustive bibliography and an inventory pertinent reference works.

B. A case study report covering analysis of the specifie zones and aspects se1ected.

Methodology

We are aiming for a non-partisan, analytically rigorous narration of the reorientation of primary health care in Cameroon and the accompanying process change.

Qualificative methods will be used which will include :

- A desktop review of policy and programme documents of aIl involved in the implementation process induding, the Ministry of Health, the Prime Ministers Office, the Ministry of Finance and Economy and Primary Health Care Partners in Yaounde, notably UNICEF, GTZ, WHO, the World Bank and the European Union.

The desktop review may also entail a visit to Mfou, Garoua and Bamenda to obtain programme documents on Jura-Swiss, FAC and GTZ assisted projects respectively.

- Field study comprising, in-depth-interviews with key actors and resources persons as weIl as focus group discussions at ;

Central Provincial, district and Community levels.

Composition of Team

1. *Steering-committee* responsible for guiding/orienting the study and made up of personnel from :

   - Ministry of Health
   - UNICEF
   -WHO
   -GTZ
   - The European Union

Il *Multi-disciplinary research team composing ..*

1. Dr. Wankah M. D, Public health lecturer, Faculty of Medical and Bio-Medical Sciences, University ofYaounde 1

1. Mr. Valentin Nga Ndongo, Sociologist University ofYaounde 1.

2. Mr. Michel Abega, Economist, Independent Consultant

Schedule of Major Tasks

Activity	**Period of Execution**						
	Feb.	**Mar**	**April**	**May**	**June**	**July**	**August**
Meeting of streering Committee	x	x	x	x	x	x	
Finalize TOR			xx				
IdentifylRecruit Consultants				x			
Field work				xxx	xxx	xx	
Briefings				x	x	x	
Report writing					x	xx	x
Workshop/Dissemination	December						

X-Week

Deliyerables

The Consultants will provide :

A desktop review which will contain the following :

1. Introduction: Background
Objectives

2. Context for Reform

A. Briefhistory ofhealth policies and practices prior to reform
B. Reorientation ofPrimary Health care and other health policies
C. Administrative, structural and technical reorganization ofthe health system
D. Financial flows
E. Legal framework
F. Evolutionary trends in coverage
G. Chronological development oflandmark events
H. Inventory ofpertinent reference workslbibliography

The Final case study report will include the following elements :

1. Executive Summary

This section should be no more than three page single-spaced c1ear and concise summary ofthe most critical elements ofthe report. This should be a self-contained document that can stand alone from the report.

2. Introduction: A. Background
B. Objectives
C. Methodology

3. Body ofthe report

Presentation ofthe evidence the team bas gathered under each aspect to be studied as defined by the terms of reference. The link between policy as brought out in the desktop review and implementation.

4. Appendices

List ofpersons interviewed, sites visited and documents consulted
Data collection instruments
Terms ofreference
Abbreviations
Country data

ANNEXEE
DONNEES SUR LE CAMEROUN

La superficie du pays	475000 km2
Population totale (1994)	12,9 Millions
Population moins de 5 ans 1994	2,2 Millions
Population moins de 16 ans (1994)	6 Millions
Taux de natalité brute (1994)	41 pour mille
Taux de mortalité brute (1994)	12 pour mille
Taux d'accroissement naturel annuel (1994)	2,9%
Taux d'urbanisation (1994)	42%
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (1994)	109 pour mille
Taux de mortalité infantile (1994)	69 pour mille
Taux de mortalité maternelle	430/1 00.000 Naissances Vivants (1992)
Espérance de vie	56 ans
Parité moyenne 1994	5,8 enfants
Parité pour les femmes en ville	4,4 enfants
Parité pour les femmes en campagne	6,2 enfants
Prévalence des méthodes contraceptives modernes dans le cadre d'union (1991)	43%
Prévalence des méthodes contraceptives modernes (1991)	16%
Prévalence des goîtres totaux (1991)	23%
Enfants de 0 à 5 ans accusant un retard de croissance (1991)	25%
Enfants avec un poids inférieurs à 2500 gm (1991⁰	13%
Population avec accès à l'eau potable (1990-1995)	50%
Couverture vaccinale des enfants de moins d'un an (1994)	BCG 53% DTC38% Polio 36% Rougeole 38%
Couvel1ure de sfemmes enceintes en vaccin antitétanique	VATI et plus 10%
Scolarisation en 1990	Hommes 70% Femmes 44%

Revenu par habitant par an 1996	400 dollars EU
Budget national alloué à 3 secteurs clés (1986-94)	Santé 3% Education 12% Défense 7%
Dépense de l'Etat par personne pour la santé (1994-95)	3,5 dollars EU
Taux de pauvreté 1994	28%
Taux de croissance **PIB** (1993-1994)	-4,3%

